

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

55

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul VAUCLIN

Né le 22 août 1906, à Le Chalange (Orne)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

GASTRECTOMIE

APRÈS

GASTRO-ENTÉROSTOMIE
POUR ULCÈRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE TECHNIQUE

Président : M. MOCQUOT, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1939

55

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul VAUCLIN

Né le 22 août 1906, à Le Châlon (Orne)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

GASTRECTOMIE

APRÈS

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

POUR ULCÈRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE TECHNIQUE

Président : M. MOCQUOT, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HASARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MOCQUOT

Professeur de clinique gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. TOUPET

Chirurgien de l'Hospice de Bicêtre

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. LANTUÉJOUL

Accoucheur des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

1928. MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET
1929. MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU
1930. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VALLERY-RA-
DOT
MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT
1931. MONSIEUR LE DOCTEUR M. HAMBURGER

Internat :

1933. MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE
1934. MONSIEUR LE DOCTEUR TOUPET
1935. MONSIEUR LE DOCTEUR BERGER
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT
1936. MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS

INTRODUCTION

Les gastrectomies larges qu'exigent, dans la règle, les suites troublées des gastro-entérostomies, comptent parmi les plus délicates, surtout lorsqu'elles sont dirigées contre un ulcère peptique évoluant depuis longtemps. Parfois la tâche est à ce point ardue et périlleuse qu'il est sage de s'en tenir à un palliatif temporaire ou définitif.

Le retentissement sur l'état général d'un ulcère de date ancienne, les caractères éminemment évolutifs et inflammatoires de cette lésion qui creuse, englobe, s'étend sans cesse, confèrent à l'affection sa gravité qui trouve reflet dans les 10 ou 12 % de mortalité au-dessous desquels ne descendent guère les meilleures statistiques. Il est cependant légitime d'espérer mieux. Les progrès techniques de la radiographie et de la gastroscopie, permettant de plus en plus des *diagnostics précis et tôt établis*, doivent faire de la gastrectomie toujours nécessaire, c'est un fait définitivement acquis, une intervention plus facile et de gravité moindre.

Dans des conditions opposées, il faut savoir tourner court lorsque l'état général d'un malade est trop précaire, ou la complexité de la lésion trop grande ; il est alors judicieux de limiter l'acte opératoire à une jéjunostomie, en espérant

que les mois qui vont suivre apporteront une amélioration suffisante pour tenter une intervention radicale avec des risques moindres.

Mais encore, il nous semble que la technique elle-même peut ajouter sa part de contribution lorsqu'on s'adresse à des cas difficiles Ainsi nous avons vu plusieurs fois notre maître, M. le Dr Toupet, user d'artifices techniques qui facilitaient grandement l'ablation des lésions et en limitaient les risques ; nous avons décidé de les exposer dans ce travail en pensant qu'on peut en tirer un bénéfice réel.

Nous rapportons, à la fin de notre thèse, 21 observations de gastrectomies secondaires après *anastomose trans-mésocolique* ; 9 d'entre elles concernent des ablations pratiquées pour des troubles divers : gastrite, gastro-jéjunite, reviviscence d'ulcère duodénal, sténose de la bouche ; les 12 autres ont trait à des ulcères peptiques. C'est dire que les difficultés rencontrées ont été très inégales. Nous nous proposons de les classer et d'exposer, pour chaque groupe, une technique qui nous semble rationnelle.

En dépit de leur relative fréquence, M. Toupet n'a jamais observé de fistule jéjuno-colique, aussi ne les envisagerons-nous pas.

PREMIÈRE PARTIE

**Exposé de différentes techniques
publiées.**

Analyse et discussion.

Depuis une dizaine d'années, en France, la tendance, sanctionnée par les conclusions du rapport de Gosset et de Leriche en 1931 (1), fût d'appliquer un traitement radical à la cure de l'ulcère peptique en gastrectomisant largement les malades qui en étaient atteints. Le seul recours efficace qu'on ait, en l'état actuel de nos connaissances, pour prévenir un ulcère peptique, demeure le seul pour le bien traiter.

Aujourd'hui, il convient d'étendre les indications d'exérèse large à presque tous les malades qu'une gastro-entérostomie première n'a pas franchement guéris et qui sont porteurs de lésions diverses : gastro-jéjunite, reviviscence ulcéreuse, sténose de la bouche ; et parfois même l'examen de la pièce opératoire ne montre pas de lésion macroscopique. L'opinion de Pauchet est donc parfaitement justifiée qui, depuis longtemps déjà, avait dit « personnellement, je gastrectomise tous les malades déjà gastro-entérostomisés chez qui cela ne va pas complètement bien ».

Ainsi, chaque année voit se multiplier les publications de cas de gastrectomie secondaire. Tous les auteurs insistent sur les difficultés rencontrées au cours de ces interventions itératives, beaucoup notent des incidents survenus en cours d'opération, développent un point de tactique qui leur paraît important, mais *peu ont exposé une technique com-*

1. XL^e Congrès Français de chirurgie. *Traitement de l'ulcère peptique post-opératoire*, par A. Gosset, p. 1 à 108.

plète, véritable guide de l'ensemble de l'intervention, détaillant minutieusement tous les dangers auxquels on peut se heurter, la façon d'aborder les lésions, de tourner suivant les cas les difficultés présentes en s'attachant toujours au même souci de prudence. Or, c'est le détail qui fait la valeur d'une technique et permet d'en tirer un profit véritable.

De 1924 à 1933, dans un certain nombre de publications richement illustrées, Pauchet a exposé différentes techniques.

Plus récemment, Charrier (1936), puis Duval, du Havre (1937), ont décrit et préconisé chacun un procédé personnel. Ce sont ces deux techniques, procédant de principes différents, que nous allons analyser et discuter.

I

La technique de Charrier ⁽¹⁾

S'inspirant des données de Finsterer qui résèque l'anse jéjunale « à chaque fois que l'ulcère ne siège pas à l'orifice de l'anastomose, l'anse anastomotique demeurant intacte », Charrier propose d'enlever systématiquement, *en un seul bloc*, l'anse jéjunale porteuse de la lésion, l'anastomose et les 2/3 de l'estomac. Pour obtenir ce résultat, il a exposé une technique élégante dont les temps, après la libération des adhérences et l'inventaire des lésions, se déroulent dans l'ordre suivant :

1° *Attaque première et libération de la zone anastomotique en combinant les voies sus et sous-mésocolique.*

— Le décollement colo-épiploïque est d'abord pratiqué qui, poussé loin à gauche et à droite, expose largement la région supérieure de l'anastomose.

— Ensuite, en se reportant à l'étage sous-mésocolique, l'opérateur libère l'anse grêle, en amont et en aval de la bouche qu'il faut arriver à circonscrire et à soulever par en arrière, à l'aide d'une compresse, souple et efficace tracteur.

— Le dernier temps de libération est représenté par la section, par voie basse, des lèvres mésocoliques, en rasant

1. In *Techniques chirurgicales*, A. Gosset, p. 177-201. Masson, édit., 1936.

leurs insertions gastriques, pour ne pas risquer de blesser les arcades vasculaires du côlon.

L'ulcère peptique, qui siège très fréquemment sur la face antérieure de la bouche, est souvent ouvert au cours de ces manœuvres et aussitôt aveuglé par un petit surjet.

2^o Lorsque la libération est apparue suffisante, on *sectionne franchement l'intestin de part et d'autre de la bouche, en tissu sain*. L'anse jéjunale et l'anastomose, formant un tout avec l'estomac, sont attirés dans l'étage supérieur de l'abdomen.

3^o *Après anastomose termino-terminale du grêle, on est ramené aux conditions d'une gastrectomie ordinaire*. L'implantation gastro-jéjunale, du type Finsterer, est placée en aval de la suture bout au bout de l'intestin, à environ 10 cm.

DISCUSSION

Cette technique, que Charrier a adoptée pour la cure d'un nombre important d'ulcères peptiques, a le grand mérite d'être simple, schématique, élégante.

Toutefois, nous discuterons le principe de la résection intestinale systématique pour tout diagnostic d'ulcère peptique, ainsi que l'application à chaque cas rencontré d'une tactique d'extirpation unique.

1^o RÉSECTION JÉJUNALE SYSTÉMATIQUE.

Dans sa discussion, Charrier invoque la quasi constance de gros dégâts au niveau de l'intestin : brèche importante, ulcères doubles, ulcères serpigneux gagnant le bord mésentérique, grosses lésions de jéjunite avec adénopathies mésentériques « si bien qu'il nous a semblé plus simple de réséquer 4 à 5 cm. de part et d'autre de la bouche et de pratiquer une anastomose bout à bout du grêle ».

Cependant, il s'en faut que les lésions soient toujours aussi considérables et il nous a été donné, un certain nombre de fois, de constater des ulcères peptiques de petite taille, ne mesurant guère plus de 5 à 6 mm. de diamètre et ne s'accompagnant pas, tout au moins du point de vue macroscopique, de jéjunite périphérique importante et éloignée. Ces cas se feront certainement plus fréquents à mesure que les diagnostics seront tôt établis et les interventions plus précoces.

En pareilles conditions, lorsque la chance s'ajoute que l'ulcère soit franchement anastomotique ou empiète peu sur l'anse, une recoupe pratiquée à la limite des lésions permettra de se servir de la brèche pour la nouvelle anastomose ; on abrège et simplifie ainsi considérablement l'intervention.

Que les lésions réclament un sacrifice plus considérable, mais qui laissera subsister un pont de substance intestinale suffisant dans la région mésentérique, et il apparaît encore plus simple et plus sûr de fermer transversalement la brèche jéjunale.

Il est enfin une notion, dont Charrier ne parle pas, et sur laquelle un certain nombre de chirurgiens ont insisté : notion de difficultés considérables lorsqu'il faut mener une anastomose termino-terminale dans une région profonde, sur une anse courte ou sur des tranches de section largement incongruentes. Si l'on peut, dans un de ces cas, se limiter à fermer une simple brèche, il y aura lieu de s'en féliciter.

En bref, nous ne pratiquerons la résection franche qu'après avoir constaté la présence certaine d'un ulcère (dans les cas délicats, qui sont loin d'être une exception, la *gastrotomie exploratrice* peut être très utile) et estimé que son siège et l'intensité des lésions inflammatoires d'accompagnement ne permettent pas d'agir autrement.

2^e TACTIQUE UNIQUE D'EXÉRÈSE.

Charrier conseille, dans un premier temps, *d'aborder la région supérieure de l'anastomose par décollement colo-épiploïque* « clef de l'intervention », et ajoute que, là plus qu'ailleurs, il sera délicat en raison des adhérences anormales inflammatoires se trouvant au voisinage de la brèche mésocolique.

Le décollement a l'avantage, sur la section du ligament gastro-colique, d'être plus rapide, de n'exiger que peu de ligatures et de se débarrasser d'un organe qui n'est pas indispensable. Dans les cas où les choses se présentent bien, il est simple d'agir ainsi, mais en raison des traumatismes opératoires antérieurs, en raison du facteur inflammatoire périanastomotique, l'épiploon peut être intimement soudé, symphysé avec le mésocôlon transverse ; le clivage devient laborieux, délicat, et *peut exposer à une blessure des vaisseaux du mésocôlon*. Aussi, toutes les fois où la chose d'emblée s'avère difficile, il apparaît préférable de suivre le conseil de Pauchet et de « dépouiller la grande courbure ».

D'autre part, l'attaque rapide de la région de la bouche peut être discutée.

Lorsqu'existe une symphyse importante de l'étage sus-mésocolique, il est souvent malaisé de libérer et de contourner la région postérieure, juxta-anastomotique de l'estomac. Mieux vaut alors procéder du simple au complexe : *la section première du duodénum*, comme le recommande Jean Duval et comme le faisait parfois Pauchet ; *la section entre les deux obstacles*, comme nous le préconisons, si D_1 est difficilement libérable ; ou même une *coupe gastrique gauche*, en amont de l'anastomose, quand on n'a pas pu passer en aval, permettront d'exposer bien la face postérieure de l'estomac et d'en entreprendre la libération avec un maximum d'aisance et de sécurité.

De même, la libération de la face profonde du jéjunum, qui peut être très adhérente, en particulier lorsqu'on a affaire à un ulcère du bord mésentérique, pourra bénéficier d'une section préalable et haute de l'anastomose, en territoire sus-mésocolique ; on pourra ainsi cliver de haut en bas la face adhérente, limiter les dégâts pariétaux et engager moins de risques pour le mésentère.

Pour conclure, il est certain que si les lésions sont très importantes et d'emblée apparaissent suffisantes pour nécessiter une résection intestinale, d'une part, et que, d'autre part, la marche de l'opération peut être ainsi conduite sans offrir trop de difficultés ni de risques, la technique de Charrier nous apparaît excellente pour son élégance et son caractère schématique.

Par contre, l'incertitude diagnostique, la constatation de lésions moindres, la présence de grosses difficultés de libération gastrique et des risques mésocoliques sérieux nous feront adopter des attitudes différentes.

II

La technique de Duval ⁽¹⁾

« Contrairement à ce que pensent beaucoup de chirurgiens, je crois qu'il est préférable de ne pas s'attaquer directement à la région de la bouche ».

Aussi mène-t-il l'intervention d'une façon très différente :

1° *Après avoir désinséré largement le ligament gastrocolique, il sectionne le duodénum et rabattant l'estomac sur la gauche, il isole la face postérieure et haute de l'anastomose ;*

2° *Il coupe l'estomac à 3 ou 4 cm. au-dessus de la bouche et obtient ainsi une vue parfaite sur l'ensemble de l'anneau mésocolique ;*

3° *Par voie sus-mésocolique, en exerçant traction sur la collerette gastrique découpée et repérée avec quelques pinces, il libère avec aisance les attaches du mésocôlon à l'estomac et la zone jéjunale adjacente.*

« De cette façon, l'anse n'est ni déchirée, ni perforée, l'orifice qui persiste n'est généralement pas très grand... » ;

4° *Dans un dernier temps, il traite différemment, suivant les circonstances, l'anse intestinale.*

Tantôt après avoir réséqué la collerette gastrique, il se sert de l'orifice pour faire la nouvelle anastomose, ou bien si ce n'est pas possible, il ferme la brèche longitudinale-

1. J. Duval, *La Gastrectomie opération bénigne*. Maloine, édit., 1937.

ment ; tantôt, si les lésions jéjunales sont trop considérables, il résèque et réunit bout à bout.

DISCUSSION

Procédant d'un principe nouveau qui consiste, en sectionnant d'abord le duodénum, à aller du simple au complexe, la technique de Duval, sur ce premier point nous séduit. Nous verrons plus loin que c'est au nom du même principe que nous bâtirons notre plan d'attaque des cas difficiles.

De même, la dégastro-anastomose par voie sus-mésocolique permet une bonne inspection des lésions, facilite la dissection du mésocôlon et est certainement précieuse pour le clivage d'une anse jéjunale très adhérente par en arrière. Nous sommes enfin d'accord sur l'étendue du sacrifice intestinal qu'il convient d'adapter à l'extension des lésions rencontrées.

En revanche, certains points de tactique sont discutables.

Outre que la section duodénale première n'est pas toujours réalisable si un obstacle important siège à ce niveau, la principale critique s'adresse à *l'usage presque exclusif de la voie sus-mésocolique pour l'exérèse de la lésion.*

Il est souvent indispensable de combiner les deux voies haute et basse pour obtenir un dégagement suffisant des lésions. La section de brides, d'adhérences agglutinant les anses, l'isolement du premier segment jéjunal, peuvent exiger un travail important dans l'étage inférieur ; il existe même des cas où l'importance de l'obstacle sous-mésocolique est tel : ulcère peptique à énorme extension, symphyse indissociable des anses, qu'on ne peut envisager autre chose qu'un acte palliatif. Aussi importe-t-il, avant tout, de s'assurer, par voie basse, de la possibilité d'une exérèse large.

Un dernier point retiendra notre attention : c'est le fait de réparer le jéjunum, dans les cas d'exérèse limitée, *par des sutures longitudinales*. Certes, l'on peut invoquer que cette pratique n'offre que peu de danger lorsqu'il y a une faible perte de substance intestinale ou lorsqu'on travaille sur un segment dilaté, et d'autant plus que l'anastomose sera placée en aval. Néanmoins, même s'il existe un risque minime de sténose ultérieure, pourquoi ne pas l'éviter plus sûrement en se soumettant à la règle chirurgicale classique qui exige des sutures perpendiculaires ?

*
* * *

De l'exposé des techniques précédentes, nous retiendrons surtout que chacune ne *constitue qu'une seule façon de faire*. Pour faciliter une intervention parfois si complexe, pour la rendre moins périlleuse, n'est-il pas logique de s'adapter aux circonstances en variant la tactique plutôt que de vouloir, dans la cure de lésions dissemblables, adopter un procédé uniforme ?

Ainsi, nous nous rapprochons de l'opinion de Pauchet (1) (qui eut l'occasion de faire plus de 70 gastrectomies, pour ulcère peptique) et de ses élèves Tierny (2) et Hayon (3), qui en maintes publications ont exposé des variantes opératoires. Par exemple, conseillant tantôt le décollement colo-épiploïque, tantôt « le dépouillement de la grande courbure » ; l'attaque rapide de l'anastomose ou bien la section primitive du duodénum ; la conservation de l'anse jéjunale ou son sacrifice complet ; la nécessité d'abandonner, dans certaines circonstances, un mésocôlon infiltré, dangereux à suturer, et de faire une anastomose précolique.

1. Pauchet. *Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. 1, 1924 ; *Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. 18, 1932 ; *Journal de technique chirurgicale*, décembre 1933, n° 8.

2. Tierny. *Ulcus jéjunal post-opératoire*. Thèse Paris, 1925.

3. Hayon. *Ulcus peptique du jéjunum*. Thèse Paris, 1929.

DEUXIÈME PARTIE

L'intervention

Chapitre I. — Choix du moment opportun de l'intervention.
Soins pré-opératoires.

Chapitre II. — Anesthésie locale.
Réfection de l'anatomie de la région.
Exploration. Dangers côtoyés.

Chapitre III. — Tactique opératoire d'exérèse.
Traitement de l'anse jéjunale.
Anastomose gastro-jéjunale.

CHAPITRE I

Choix du moment opportun de l'intervention Soins pré-opératoires.

I

Choix du moment opportun de l'intervention.

Cela prend une importance particulière lorsqu'on doit traiter un ulcère peptique ou quand il s'agit d'une reviviscence de l'ulcère primitif. On connaît, en effet, le bien-fondé de la règle chirurgicale qui recommande de ne point intervenir lors d'une poussée ulcéreuse ; à plus forte raison l'ulcère peptique, qui traduit une tendance évolutive si particulière de la maladie ulcéreuse, doit obéir à ce principe.

A la méconnaître on risque des déboires sérieux. Les cas ne sont pas rares, dans la littérature, d'ulcère peptique apparu à la suite d'une gastro-entérostomie pratiquée en poussée, lorsque le malade souffrait encore et que la laparotomie avait mis en évidence des phénomènes inflammatoires sous les traits « d'œdème, de rougeur diffuse, d'induration étendue ».

Nous-même avons retrouvé, dans une observation relatée plus loin, un cas semblable. Il s'agissait d'une gastrectomie large, aux 2/3, pratiquée pour un ulcère duodénal. Le

protocole opératoire notait « l'état de pleine évolution lésionnelle, de rougeur diffuse ». Trois semaines après sa sortie du Service, le malade recommençait à souffrir et, à un an de distance, il fallait lui faire subir une deuxième gastrectomie. Il y eut certainement là une erreur d'indication (obs. n° 18).

Ainsi, lorsque la gastrite péri-ulcéreuse est intense et étendue, l'action traumatisante d'une simple gastro-entérostomie et bien plus celle d'une résection, peut jouer un rôle important dans la genèse d'une récurrence.

Il importe donc d'opérer ces malades « à froid », dans une période intercalaire, lorsque les phénomènes inflammatoires sont au minimum. Dans ce but, un repos au lit suffisant, un régime alimentaire sévère, collargol, protéinothérapie même seront prescrits. Certains chirurgiens recommandent l'emploi de vaccin sous forme de vaccin de Duchon ou de Propidon.

Les tests d'opérabilité seront fournis par la clinique et le laboratoire : la disparition complète des douleurs depuis quelque temps, l'apyrétisme, et *le retour vers la normale des éléments de la formule blanche* seront les guides sûrs du moment judicieux de l'intervention (Charrier recommande de ne pas opérer des malades ayant une leucocytose supérieure à 8.000).

Soins préopératoires.

Les soins préopératoires d'usage compléteront, bien entendu, ces différentes données.

Un examen général attentif portant sur l'état du cœur, du rein (dosage d'urée systématique) et des différents appareils fera éliminer, tout au moins pour une intervention d'exérèse large, un malade dont une tare sérieuse risquerait de compromettre immédiatement le résultat d'une opération toujours périlleuse par elle-même.

Un soin tout attentif sera donné à l'état *pulmonaire* de ces malades : une pneumopathie même légère est un gros risque de broncho-pneumonie, malgré l'usage exclusif de la locale ; aussi l'emploi de révulsifs, d'eucalyptine et de lavements créosotés, doit apporter sa part à la prévention de tels accidents.

Il est nécessaire, avant d'opérer, de remonter l'état général des malades *affaiblis* et souvent *très amaigris*, par des injections larges de sérum salé et glucosé, de strychnine, d'huile camphrée ; une ou plusieurs petites *transfusions préopératoires* seront parfois indiquées chez des malades ayant saigné et dont le chiffre de globules rouges et le taux d'hémoglobine seront jugés insuffisants (plus que des ulcères peptiques, c'est surtout le fait des reviviscences ulcéreuses).

Il faut recommander un repos de quelques jours au lit avant l'intervention. Les lavages d'estomac préopératoires, dont certains font un si large usage, nous semblent inutiles : ils ne trouveraient d'indication que dans l'existence de phénomènes de sténose et de stase.

•

CHAPITRE II

Anesthésie locale. Réfection de l'anatomie de la région. Exploration. Dangers cotoyés.

I

Anesthésie locale.

1^o LES MÉRITES DE L'ANESTHÉSIE LOCALE.

L'usage de l'anesthésie locale au cours de ces réinterventions a été discuté. Certains chirurgiens arguant de la longueur et de la difficulté des manœuvres opératoires, de la fréquence d'adhérences étendues, malaisées à libérer, préconisent l'emploi de l'*Anesthésie Générale* ou de la *Rachianesthésie*. Nous ne sommes pas de leur avis.

Il n'est pas niable qu'une anesthésie générale, *administrée nécessairement pendant des heures*, double les chances et la gravité des complications pulmonaires.

La Rachianesthésie, dans son principe, est bien plus acceptable ; sa valeur anesthésique est remarquable et les manœuvres sont considérablement facilitées. Il n'en reste pas moins que c'est une *anesthésie shockante*, à banir chez

les hypotendus, et qui n'est pas recommandable chez des malades à état général très précaire.

Pour ces raisons nous donnons la préférence à l'anesthésie loco-régionale. Dans les observations rapportées à la fin de ce travail, on peut noter quelques anesthésies par inhalation : éther, balsoforme, qui représentent les échecs de la locale, ainsi que deux rachianesthésies à la percaïne. Une plus grande expérience et, partant, des réussites meilleures de l'anesthésie locale ont permis de les écarter presque complètement. Pendant les dernières interventions, qui comptent parmi les plus longues et les plus difficiles, il n'a pas été donné une goutte d'anesthésie générale.

Les meilleurs plaidoyers en faveur de l'anesthésie locale ne sont-ils pas les 149 cas de cure d'ulcère peptique rapportés par Finsterer (1) et l'intéressante communication de Judine (2) qui, dans 14 cas particulièrement complexes (4 perforations péritonéales, 5 résections coliques) avec seulement deux morts opératoires, attribue à l'usage exclusif de l'anesthésie loco-régionale une place de premier plan dans la genèse de ses succès ?

Il nous semble donc que l'existence d'une lésion complexe, s'avérant de cure difficile et très longue (2 h., 3 h., parfois plus !) est une raison nouvelle à préférer l'anesthésie locale à toute autre. Certes, la présentation atypique des lésions rend son exécution plus délicate et moins ordonnée que partout ailleurs, les temps opératoires sont souvent hachés de réinfiltrations..... C'est une besogne de patience, mais c'est celle qui sûrement fait courir le moins de risques au malade puisqu'elle permet de prendre tout son temps, d'apporter ainsi le fini désirable et ne tolère que les gestes doux.

1. Finsterer, *Bulletins et Mémoires de la Soc. de chirur.*, 17 mai 1933, p. 806-822.

2. S. Judine, *Lyon chirurgical*, novembre-décembre 1930, p. 706 à 732.

2° LA TECHNIQUE DE L'ANESTHÉSIE LOCO-RÉGIONALE.

Nous avons actuellement recours à *un anesthésique de base puissant*, complément efficace et parfois indispensable de l'anesthésie locale. Grâce à l'usage d'une des différentes préparations du commerce contenant, entre autre, de la *scopolamine*, principe capital, le malade est amené *somno-lent* sur la table d'opération.

En raison des bouleversements anatomiques, les temps de la locale seront souvent morcelés et les infiltrations complétées au fur et à mesure de la libération des adhérences.

L'**anesthésie pariétale** est conduite à la façon de Finsterer. Trois boutons d'infiltration au bord externe de chaque droit, dont le dernier est un peu sous-jacent à la ligne de l'ombilic, permettent d'obtenir par une série d'injections sous-cutanées puis sous-aponévrotiques, un blocage large de la région et un relâchement pariétal parfois égal à celui d'une rachi ; on peut y ajouter, mais ce n'est pas indispensable, une infiltration de la future ligne d'incision. Ce temps d'anesthésie pariétale n'est complété qu'une fois le ventre ouvert, par des *infiltrations sous-péritonéales* ; mais dans ces cas de réintervention, il faut auparavant libérer les adhérences pariétales des viscères et surtout de l'épiploon. Il faut agir avec beaucoup de patience et de douceur en infiltrant successivement et à la demande l'épiploon qu'on tire et qu'on coupe ; si ces manœuvres sont trop pénibles, il sera humain de donner quelques bouffées d'anesthésie générale. Lorsque les lèvres pariétales sont bien dégagées, on les soulève à l'aide d'une pince puissante, mais sans heurt, pour en bien exposer les faces péritonéales sous lesquelles est poussée à distance, en trois ou quatre points, de la novocaïne.

L'anesthésie viscérale sera ensuite pratiquée. *Le premier temps de cette anesthésie comportera l'infiltration de la région cardiaque, de la zone supérieure de la petite courbure et de la faux de la coronaire, qui doit réaliser le blocage du « hile nerveux de l'estomac ».*

Nous considérons que cette infiltration est d'une très grande importance pour la prévention des complications pulmonaires post-opératoires.

Hertz (1), dans une thèse remarquable faite à Bicêtre, a montré, *en s'appuyant sur des faits cliniques et expérimentaux, que la voie réflexe vagale était la grande génératrice des graves complications pulmonaires qui peuvent survenir après les interventions gastriques.*

En sectionnant physiologiquement le vague, on met le parenchyme pulmonaire à l'abri de toutes les influences de traction, de tiraillement, de section, en un mot du traumatisme gastrique.

Depuis l'usage systématique de cette méthode (1935), les complications pulmonaires graves n'ont constitué dans le service qu'une exception mortelle.

Le premier temps logique de l'anesthésie devra donc, *précédant toute autre manœuvre viscérale, rechercher le blocage des pneumogastriques.*

La technique de l'infiltration est simple. On expose la région et on obtient une bonne vue sur le diaphragme en confiant à un aide deux valves placées sur la partie supérieure de l'incision, et en attirant doucement l'estomac de la main gauche. A l'aide d'une longue aiguille, l'on porte 40 à 50 cm. de novocaïne qui baigneront la région cardiaque, la partie adjacente de la petite courbure, la région de la faux de la coronaire.

Cette manœuvre garde toute son importance si, le cas

1. S. Hertz, *Le rôle du vague dans les complications pulmonaires après les interventions gastriques*. Thèse Paris, 1937.

échéant, on emploie une autre anesthésie et bien plus encore si l'on a recours à l'inhalation.

Le reste de l'anesthésie viscérale est assuré par le blocage des mésentériques, préféré à l'anesthésie splanchnique qui, dans ce cas, serait plus difficile encore à réaliser de façon satisfaisante.

Rappelons succinctement qu'on infiltrera les régions supérieure et inférieure du pylore et du premier duodénum, ainsi que la zone du grand épiploon qui avoisine les vaisseaux courts de la rate. Dans un dernier temps, après avoir relevé le côlon transverse, on injecte de la novocaïne à gauche et à droite de la bouche de G.-E., dans la région adjacente du mésocôlon (s'il n'est pas trop infiltré par le processus inflammatoire), vers sa racine.

II

Réfection de l'anatomie de la région.

Il est des cas rares, mais indubitables, où on a la surprise de pouvoir pénétrer dans le ventre le plus facilement du monde, de trouver un minimum d'adhérences superficielles, et cela malgré l'évolution sous-jacente d'un gros ulcère peptique (obs. n° 19).

La règle, en revanche, est de se heurter à un bouleversement de la région : des adhérences multiples, nées des traumatismes opératoires précédents et de l'inflammation importante qui accompagne l'évolution des ulcères peptiques, peuvent souder tout ce qui est superficiel à la paroi et les viscères entre eux.

Le premier souci doit être de rétablir, dans la mesure du possible, des rapports superficiels normaux. La réfection de l'anatomie de la région, temps souvent long et délicat, permet en exposant bien, d'explorer complètement et d'attaquer correctement la lésion.

1° LIBÉRATION PARIÉTALE.

Il est banal que soient unis au péritoine pariétal antérieur une partie du lobe gauche du foie, souvent la face antérieure de l'estomac, de façon quasi-constante le *grand épiploon*, et par son intermédiaire, le *côlon transverse et son méso*. Les anses grêles, par contre, plus bas situées,

cachées par le tablier épiploïque, participent beaucoup moins au processus et représentent la *zone d'accès libre*.

L'incision, après excision cicatricielle, *doit descendre très bas et dépasser nettement l'ombilic*. C'est en effet *très bas*, après incision du plan aponévrotique, qu'on va chercher *et trouver la zone péritonéale libre*, clef de la limite périphérique de la symphyse. *En procédant ainsi de la périphérie vers le centre*, on va mener une attaque correcte et une libération progressive des adhérences, et on évitera plus sûrement le danger d'une blessure viscérale.

Dès qu'on aura pénétré en péritoine libre, médius et index gauches dirigés vers le haut et se rabattant de dehors en dedans tendront, soulèveront, et exposeront la limite périphérique des attaches de l'épiploon que l'on sectionnera. Encore faut-il procéder avec prudence et ne couper que ce dont on est sûr et *au ras de la paroi* : par l'intermédiaire du ligament gastro-colique, le mésocôlon transverse peut coler en avant et l'on a, en pareille circonstance, signalé des plaies de l'artère colique moyenne (Delore) (1).

Lorsqu'on a libéré la face antérieure des organes adhérents, viscères et mésos, on procède à l'anesthésie sous-péritonéale et dès maintenant, suivant le conseil de Cadenat, on pratique une *reconstitution préventive de la paroi*. On se propose ainsi d'écarter les difficultés rencontrées si souvent en fin d'intervention, lorsque les effets de l'anesthésie locale sont presque disparus, que le malade souffre et pousse, et qu'il faut refaire une nouvelle novocaïnisation ou endormir...

La technique est simple. On passe 4 ou 5 fils solides, gros catgut à résorption lente, dans la région moyenne et basse de l'incision, là où il n'y a pas de protection hépatique ; on attire et récline vers le bas la partie moyenne des fils qui ainsi n'obstrueront pas le champ opératoire et laisseront aux manœuvres toute leur liberté.

1. Delore et Monnier. *Presse médicale*, janvier 1931, p. 148-150.

2^o LIBÉRATION DES VISCÈRES ENTRE EUX.

Il n'est pas rare que l'épiploon, dont la coalescence pariétale est si fréquente, remonte aussi sur la face antérieure des différents organes de voisinage : foie, estomac, et parfois même jusqu'à la coupole diaphragmatique, dont il faut le détacher.

La face antérieure gastrique peut être en partie recouverte en bas, au long de la grande courbure, par le côlon au meso rétracté, en haut par le lobe gauche du foie qui forme couverture à la petite courbure, à la face antérieure du pylore et du 1^o duodénum. Tous ces organes seront dégagés au doigt, à la compresse, du bec des ciseaux, avec beaucoup de douceur pour ne pas faire saigner le parenchyme hépatique ou blesser la paroi du côlon.

Plus bas, dans la région sous-mésocolique, les adhérences sont généralement moins importantes. Quelques-unes, lâches, peuvent unir le grêle au côlon, à son méso, ou des anses les unes aux autres ; elles seront à leur tour sectionnées pour compléter l'exposition de la région. Il est cependant des cas où existe une symphyse importante de l'étage sous-mésocolique, telle parfois qu'elle a pu être un obstacle à une intervention large, ou qu'elle a réclamé, pour l'anastomose, l'emploi d'une anse jéjunale plus ou moins bas située.

III

Exploration. Dangers côtoyés.

Une fois que la paroi a été libérée, que les adhérences viscérales ont été supprimées, qu'une anesthésie loco-régionale correcte a été obtenue, il importe avant d'entreprendre quoi que ce soit de procéder à une exploration minutieuse des lésions, de les identifier, d'en juger l'importance et les difficultés d'exérèse.

L'examen sera conduit avec méthode, *en inspectant et en palpant* les différents segments gastriques et la région de la bouche d'anastomose.

Au niveau du duodénum, il n'est pas rare de trouver les traces de l'ulcère primitif qui avait nécessité la gastro, soit sous forme cicatricielle et parfois sténosante, soit sous forme de *reviviscence* et dont la cure apparaîtra d'autant plus malaisée qu'il siègera profondément et sera postérieur.

Ensuite, en remontant, on explorera toute la zone ulcérigène de la petite courbure jusqu'au cardia qui peut être aussi le siège d'une lésion en activité, quoi que ce soit infiniment plus rare.

Dans un dernier temps, après avoir extériorisé et relevé le côlon transverse, on arrivera à la région de l'anastomose, très souvent responsable des troubles qui ont exigé la réintervention. Là, les lésions ne sont pas toujours considérables : une sténose simple, des adhérences développées autour de la bouche, un petit ulcère peptique qui

rétracte un peu la paroi, dont on perçoit au doigt l'induration, mais qui aussi peut ne pas apparaître encore à cette simple exploration, *constituent les bons cas d'exérèse facile.*

Au contraire, les choses peuvent prendre un tout autre aspect. D'emblée, la perception dans la région mésocolique d'un bloc induré, apprécié au mieux par empaument, pouvant atteindre la taille d'une grosse mandarine, voire d'un poing, d'aspect scléro-inflammatoire, intéressant l'anastomose, un segment plus ou moins important de l'anse jéjunale, le mésocôlon transverse et parfois le côlon lui-même, *font augurer d'un travail d'exérèse laborieux et périlleux.*

Un dernier point très important ne doit pas échapper à l'exploration : le siège de la gastro par rapport au jéjunum ainsi que l'état des parois de la première anse grêle. En attirant l'anse efférente vers la droite, et mobilisant par son intermédiaire l'anastomose, on expose assez bien la région postérieure de l'angle duodéno-jéjunal. *On se rend compte ainsi du niveau exact de la bouche sur le grêle et du diamètre respectif des segments intestinaux afférent et efférent.* Ce sont là deux facteurs qui décident de l'aisance des manœuvres en cas forcé de suture bout à bout ou, à l'inverse, des difficultés extrêmes qu'on y peut rencontrer.

En résumé, une large infiltration mésocolique et parfois même colique ; une extension mésentérique ; la coexistence d'un ulcère duodénal reviviscent et adhérent en arrière ; la confection de la bouche de gastro sur une anse courte ; l'incongruence diamétrale des segments afférent et efférent, représentent les obstacles essentiels auxquels on peut avoir à faire face.

Le premier souci qui guide un acte chirurgical est de connaître parfaitement les dangers qui se présentent, pour pouvoir mieux les éviter. Parmi les obstacles que nous venons

d'énumérer, trois surtout sont *périlleux* : l'obstacle mésocolique, l'obstacle colique, l'obstacle mésentérique, qu'il nous semble opportun d'analyser maintenant.

1° LE DANGER MÉSOCOLIQUE.

La libération du mésocôlon, au cours d'une gastrectomie secondaire, est « le temps le plus délicat » (Pauchet). En raison de la pauvreté d'irrigation du côlon dans cette région, une blessure vasculaire risque d'entraîner un sphacèle important.

On conçoit facilement la rapidité et l'importance de l'atteinte mésocolique au cours de l'évolution d'un ulcère peptique, dont le siège est presque toujours antérieur, le plus souvent sur le jéjunum, au voisinage de la bouche ou à son niveau même, donc très près ou au contact de l'insertion mésocolique qu'il ne tardera pas à englober dans son processus d'inflammation si rapidement extensif.

Ainsi, l'atteinte du mésocôlon sera d'autant plus fréquente, précoce et importante que l'ulcère siègera haut (sur la bouche ou à son voisinage) et que les attaches mésocoliques seront basses, quelquefois sur la ligne de suture gastro-intestinale. A l'inverse, il est facile de déduire que lorsque le mésocôlon aura été inséré haut sur l'estomac et que l'ulcère siègera à distance de la bouche, sur l'anse efférente, il n'y aura pas ou peu d'infiltration de cet organe : c'est surtout dans ces conditions que l'on verra des perforations en péritoine libre, ou bien recouvertes par des anses grêles, ou encore par la face inférieure du mésocôlon ou du côlon lui-même (Gosset).

Le mésocôlon infiltré, petit à petit se sclérose, se rétracte sur une étendue parfois importante et attire le côlon. La disposition congénitale joue aussi un rôle, un méso court favorisant une coalescence plus rapide des organes.

Dans cette « marche vers le côlon » qui caractérise telle-

ment l'ulcère peptique et dont le dernier terme est représenté par la fistule, les vaisseaux mésentériques, tout au moins l'arcade de Riolan nécessairement, seront gagnés par le processus et englobés dans les callosités (des phénomènes de *sphacèle spontané* du côlon transverse, par thrombose ou compression vasculaire au cours de l'évolution d'un ulcère peptique, ont même été signalés par Tavernier).

Dans de pareilles conditions, les risques d'une plaie de la colique moyenne (plus exactement *colica medica*) ou de l'arcade de Riolan, qui se trouvent au contact des lésions et parfois même y sont incluses, deviennent considérables et dans certains cas fatals si on a la prétention d'enlever l'ensemble des tissus malades.

Certes, une lésion vasculaire du mésocôlon n'entraîne pas fatalement du sphacèle intestinal. Il est bien connu qu'on a pu sans dommage lier la colique moyenne, et Finsterer le relate dans cinq cas de cancers gastriques adhérents au mésocôlon ; il est arrivé à bien des chirurgiens de blesser l'arcade de Riolan sans déclencher d'ischémie ; Pauchet enfin, n'écrit-il pas : « Si un vaisseau colique important a été coupé en un seul point, la circulation intestinale n'est *généralement* point supprimée ».

Tous ces points semblent justifier le premier terme de la classique phrase de Brin, « il ne faut pas s'exagérer les dangers de la ligature de la colique », dont le second terme, « il ne faut pas trop le méconnaître » trouvent souvent écho dans la littérature. Judine, dans 14 cas rapportés en 1930, a été obligé de faire 4 résections avec suture bout à bout immédiate, à la suite de la ligature du tronc de la colique moyenne qui avait été enserrée dans un processus de sclérose. Pauchet, en pareil cas, fit plusieurs fois une hémicolectomie droite dont il était partisan.

La simple ligature de l'arcade en un point, ou au contraire plusieurs blessures et la suppression d'un segment

vasculaire plus ou moins important qui laisse dénudé sur plusieurs centimètres le bord du côlon ; la section du tronc unique de la colique moyenne, ou, à l'inverse, celle d'une branche accessoire dont Hovelacque (1) a récemment précisé la fréquence et le mode anatomique, *expliquent ainsi l'inégalité des risques que l'on court en enlevant la lésion.*

Toutes les statistiques montrent que le taux de la mortalité s'élève dans des proportions considérables lorsqu'il faut ajouter à la gravité de l'exérèse gastro-jéjunale celle d'une résection colique. A la vérité, le risque doit être couru pour des cancers gastriques propagés puisqu'il est indispensable de dépasser les lésions, mais le problème n'est plus le même en cas de cure d'ulcère peptique où le respect de la vascularisation mésocolique doit être un souci constant.

On recommande alors une prudence extrême au cours de la libération du méso ; on conseille de repérer à distance par la vue ou par le palper les vaisseaux, de les suivre, de les disséquer ; mais, dans les cas difficiles de grosse infiltration mésocôlique, cela est impossible, on ne voit rien, on ne sent rien, on ignore la présence ou non de coliques accessoires, on ne sait pas ce qu'on blessera, ce qu'il faudra lier ; aussi pensons-nous qu'il *faut à tout prix éviter des gestes dont on ignore la portée.* Personne, à notre connaissance, n'a décrit une technique qui permette, *avec un maximum de sécurité*, de conserver l'intégrité vasculaire du côlon, dans les cas où rien ne permet de situer avec précision les vaisseaux. C'est un des points sur lequel nous insisterons dans un chapitre ultérieur.

1. Hovelacque, *Les Artères mésentériques*, Doin, édit., 1931.

2° LE DANGER COLIQUE.

Ainsi que nous venons de le voir, l'étape intermédiaire de l'évolution ulcéreuse, après G. E. postérieure, est l'atteinte du mésocôlon et l'aboutissant l'adhérence au côlon, puis l'infiltration et enfin la fistule. Parfois, cependant, le mésocôlon reste libre et l'ulcère adhère directement à la face postérieure de l'intestin (Gosset).

Malgré la relative fréquence de la communication jéjunocolique (de 10 à 20 % des cas suivant les auteurs), il ne nous a pas été donné d'avoir à en traiter ; par contre, nous avons vu plusieurs fois *des adhérences ulcéro-coliques*. Lorsque l'ulcère a gagné la face postérieure du côlon, celui-ci est souvent voisin ou même se trouve au contact de la grande courbure gastrique par suite de la rétraction mésocolique ; dans certains cas, on a pu le voir « véritablement plaqué contre la saillie rachidienne ».

On conçoit qu'aux risques de libération mésocolique qui, *si on veut enlever la totalité des lésions*, blessera presque sûrement l'arcade, et peut-être largement, ou la colique moyenne, viennent s'ajouter ceux de blesser le côlon lui-même et de compliquer l'intervention du temps fâcheux de cure d'une plaie colique très septique.

Dans bien des cas, certes, on aura la chance qu'au cours des manœuvres opératoires le *fond de l'ulcère se détache* spontanément et reste adhérent au côlon, constituant ainsi une barrière à la zone dangereuse ; ou bien on aura pu volontairement l'abandonner en mordant franchement sur le tissu jéjunal. Ailleurs, par contre, les lésions sont trop complexes et trop considérables pour qu'on puisse prétendre éviter sûrement les deux obstacles vasculaire et colique. Grâce à la technique que nous envisagerons plus loin, il nous semble du même coup possible de parer à ces deux dangers.

3^o LE DANGER MÉSENTÉRIQUE.

L'atteinte du mésentère, au cours de l'évolution d'un ulcère peptique, est moins courante que celle du mésocôlon ; elle tient cependant une place importante et arrive en deuxième ligne de fréquence.

Lorsque les lésions sont jeunes, peu évoluées, on n'observe rien de macroscopique à ce niveau surtout si l'ulcère, ce qui est fréquent, siège à distance du bord mésentérique, près de l'anastomose ou à son niveau. Au contraire, il est des conditions évolutives et topographiques qui conditionnent son atteinte. Lorsqu'un ulcère est ancien, s'accompagne de phénomènes inflammatoires importants, de *jéjunite à distance*, il est banal de constater des altérations du méso sous forme d'épaississement, de rétraction, d'œdème et d'adénopathies. A plus forte raison, les *ulcères qui occupent le bord mésentérique de l'anse*, ce qui est loin d'être une exception, sont admirablement placés pour retentir précocement sur le méso, l'infiltrer, le rétracter, le *fixer au mésocôlon et aux plans postérieurs prévertébraux*.

L'envahissement peut parfois prendre des dimensions énormes. Judine, par exemple, signale le cas d'un ulcère peptique qui occupait toute la région supérieure du mésentère, « on ne pouvait même pas penser à faire une résection de tout l'ulcère, car on courait le risque de blesser l'artère mésentérique supérieure ».

Cette partie haute de la région mésentérique comporte donc de nouvelles difficultés et constitue un danger nouveau pour l'opérateur. Lors de la libération de l'anse grêle par en arrière, *le mésentère peut être blessé* et cette plaie vasculaire contraindre à une résection jéjunale assez étendue. Cela se produisit au cours d'une de nos interventions (obs. 17) et nous dûmes pratiquer une très large résection jéjunale alors que nous espérions nous borner à un traitement conservateur de l'anse.

Nous verrons, au chapitre suivant, qu'il existe un procédé technique qui permet, en libérant la face postérieure de l'anse de haut en bas, de moins risquer une lésion vasculaire du méso.

* * *

Ainsi, il nous a paru utile d'exposer avec détails les principaux dangers auxquels on peut se heurter au cours des gastrectomies secondaires, essentiellement pour ulcère peptique.

Il nous suffira de rappeler succinctement qu'il est des dispositions pathologiques telles (rarement rencontrées par bonheur) que l'infiltration partielle du pancréas, de la rate, du foie, du diaphragme par un ulcère géant, ne sauraient faire adopter qu'une thérapeutique palliative ; de même une symphyse très serrée sus-mésocolique, un gros blocage sous-mésocolique peuvent être une contre-indication à toute tentative d'exérèse. A ces cas doit s'adresser, de façon plus ou moins temporaire, un traitement uniquement palliatif, dont la *jejunostomie* apparaît l'élément le moins grave et le plus efficace.

CHAPITRE III

Tactique opératoire d'exérèse. Traitement de l'anse jéjunale. Anastomose gastro-jéjunale.

I

Tactique opératoire d'exérèse.

« Le traitement de l'ulcère peptique ne peut être enfermé dans une formule précise et, dans chaque cas, le dispositif opératoire préexistant ainsi que les lésions déterminées par l'ulcère laissent une large part à l'improvisation » (CUNÉO, 1924).

« Ce n'est qu'en songeant à appliquer à l'Ulcère Peptique une opération réglée et une technique unique que l'on peut résoudre la question avec satisfaction » (CHARRIER).

Entre l'éclectisme de Cunéo et le caractère formel de la proposition de Charrier, nous préférons un moyen terme. Tout le monde est actuellement d'accord sur *le but recherché* : exérèse gastrique la plus large possible, anastomose du type Polya ou Finsterer transmésocolique ; mais *pour y accéder*, l'aspect des lésions, les difficultés, les dangers sont de proportions tellement dissemblables qu'il nous semble légitime de décrire plusieurs modalités d'exérèse.

Sans tenir compte des cas, au demeurant rares, où il faut

certainement « improviser », et parfois même reculer pour s'en tenir à du palliatif, nous grouperons les faits en trois catégories.

1^o *Les cas simples* pour lesquels la limitation des lésions, l'absence ou la pauvreté des phénomènes périphériques d'inflammation rendront l'intervention aisée et schématique;

2^o *Les cas périlleux* où l'obstacle mésocolique, avec ses risques de blessure vasculaire ou colique, représente le fait majeur;

3^o *Les cas complexes* où un deuxième obstacle, duodénal, de cure difficile, s'ajoute à celui de la bouche.

Les différentes techniques que nous allons décrire sont dictées par le souci :

- de faciliter l'attaque et l'exérèse des lésions,
 - de parer au risque de blessure vasculaire mésocolique,
 - de limiter, dans la mesure du possible, l'étendue du sacrifice jéjunal.
-

A. — LES CAS SIMPLES.

Ces faits ne sont pas rares et nous les avons rencontrés plusieurs fois. Ils peuvent mettre en cause soit *d'uniques altérations gastriques* : reviviscence de l'ulcère duodénal, gastrite de différents types ; soit *des phénomènes pathologiques de la bouche* : rétrécissement d'apparence cicatricielle, stomite plus ou moins importante (alliée le plus souvent à une gastro-jéjunite), ou encore un petit ulcère peptique (pl. I, fig. A) dont on a eu la chance de surprendre la phase initiale et qui parfois ne peut être affirmé avec certitude que grâce à l'exploration endogastrique.

En pareille condition, l'intervention sera le plus souvent facile : il y a généralement peu d'adhérences et on refait sans peine l'anatomie de la région ; le mésocôlon n'est pas infiltré et sa libération ne fait courir aucun risque.

1^o Exposition de la région de l'anastomose.

Le premier temps consiste à libérer les deux faces supérieure et inférieure du mésocôlon, par en avant et par en arrière de l'anastomose que l'on veut circonscrire.

Par voie sous-mésocolique (pl. I, fig. B), après extériorisation et relèvement du côlon, on gagne la région antérieure de l'anastomose et de la première anse grêle. On libère les adhérences lâches qui peuvent les unir au mésocôlon et aux anses adjacentes, puis en procédant avec douceur on tente de contourner leur face postérieure sans léser les parois intestinales ni blesser les vaisseaux du méso. C'est en général facile quand il y a peu d'adhérences au mésocôlon et au plan postérieur, et lorsque l'anse est longue. Si l'on éprouve quelque difficulté à ce moment, il est préférable de

ne pas aller plus loin car, ultérieurement, la section haute de la bouche, dans l'étage supérieur, facilitera la libération que l'on pourra *mener de haut en bas*.

Par voie *sus-mésocolique* (pl. I, fig. C), deuxième temps de l'intervention, on expose le segment supérieur de l'anastomose. La section large du ligament gastro-colique, par petits paquets vasculaires bien isolés, (ou, suivant les préférences et si cela apparaît facile, le décollement colo-épiploïque) ouvre l'arrière cavité des épiploons qui, si elle est libre d'adhérences, donne accès à la face postérieure de l'anastomose.

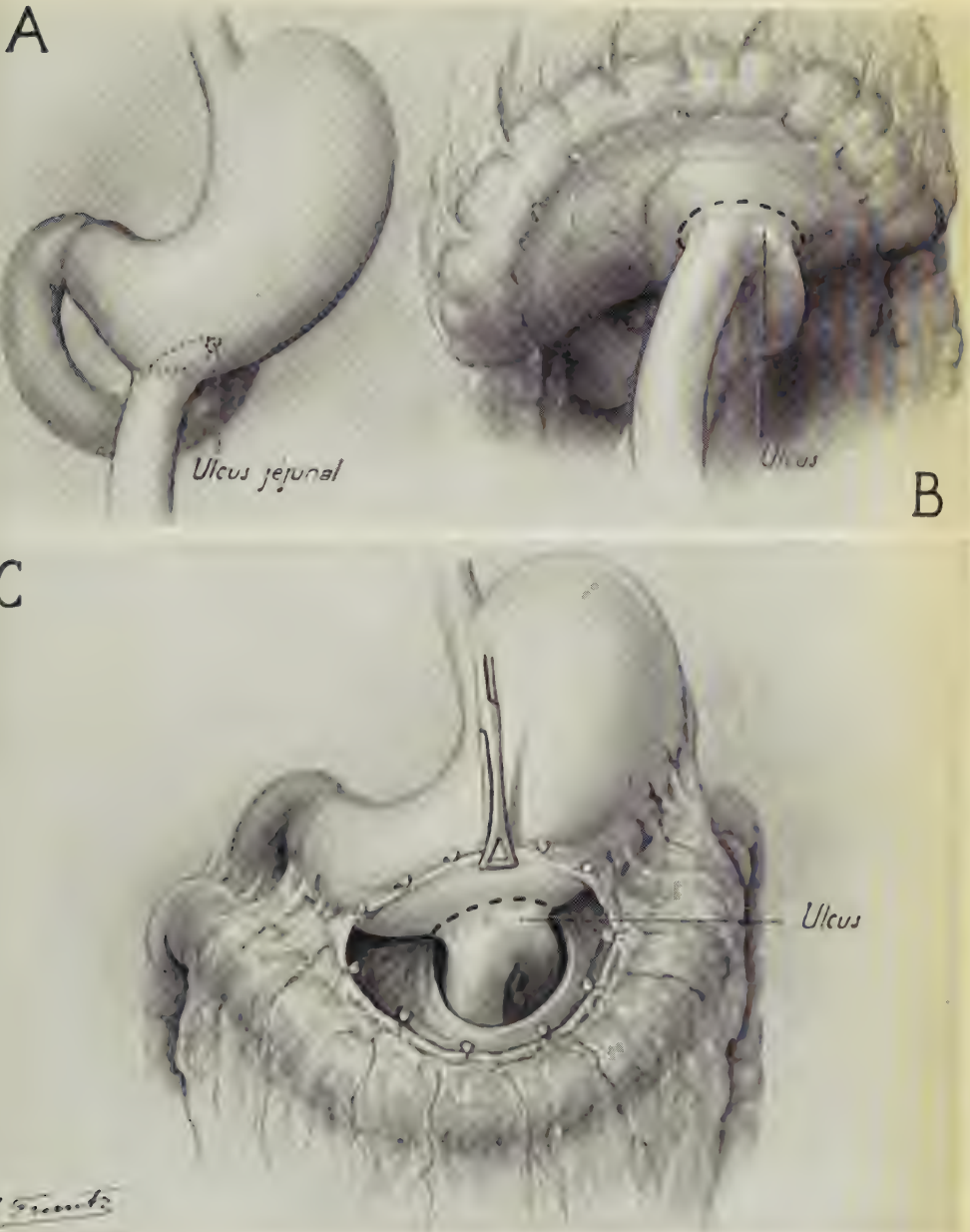
Ainsi, en avant et en arrière, par en haut et par en bas, la bouche est dégagée et l'on peut, en toute liberté, sectionner maintenant ses attaches mésocoliques.

2° SÉPARATION MÉSOCOLIQUE DE LA BOUCHE.

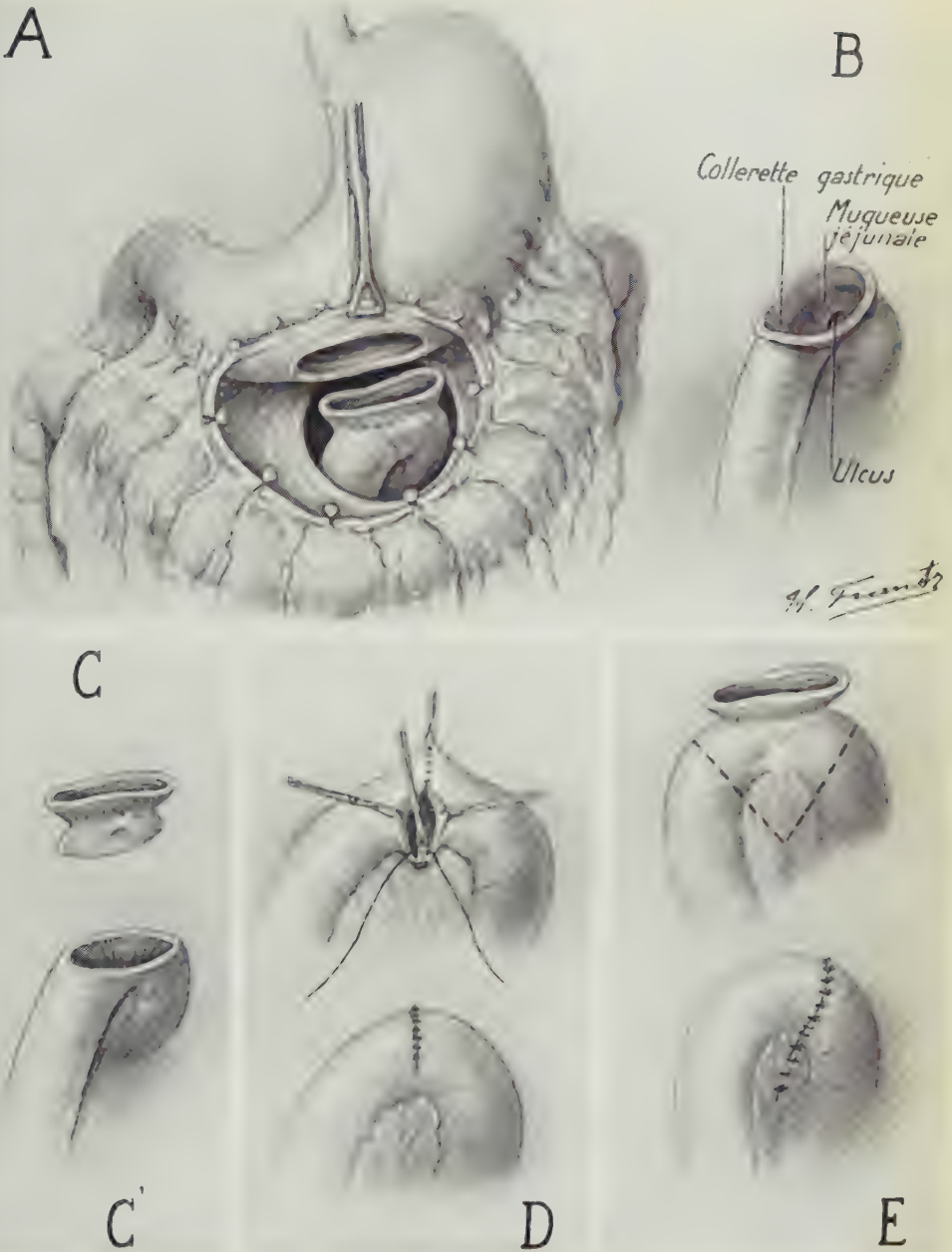
Le méso-transverse non infiltré, souple, *laisse transparaître ses différents vaisseaux* : arcade de Riolan, colique moyenne, qu'on ne craint pas de léser. Si le méso est gras le repérage peut être plus difficile, parfois impossible, mais le fait de se tenir pendant la libération au contact même de l'estomac écartera les risques, puisqu'il n'y a pas de rétraction.

En exerçant une traction douce sur le jéjunum (le petit ulcère peut se rompre à ce moment, et il faut aspirer et se protéger soigneusement du liquide intestinal *très irritant*), on sectionne l'anneau mésocolique *au ras de sa ligne d'attache* sur l'estomac dont la surface nacrée apparaît progressivement.

L'anastomose et le segment jéjunal adjacent sont alors attirés dans l'étage supérieur vers lequel « ils viennent » facilement.

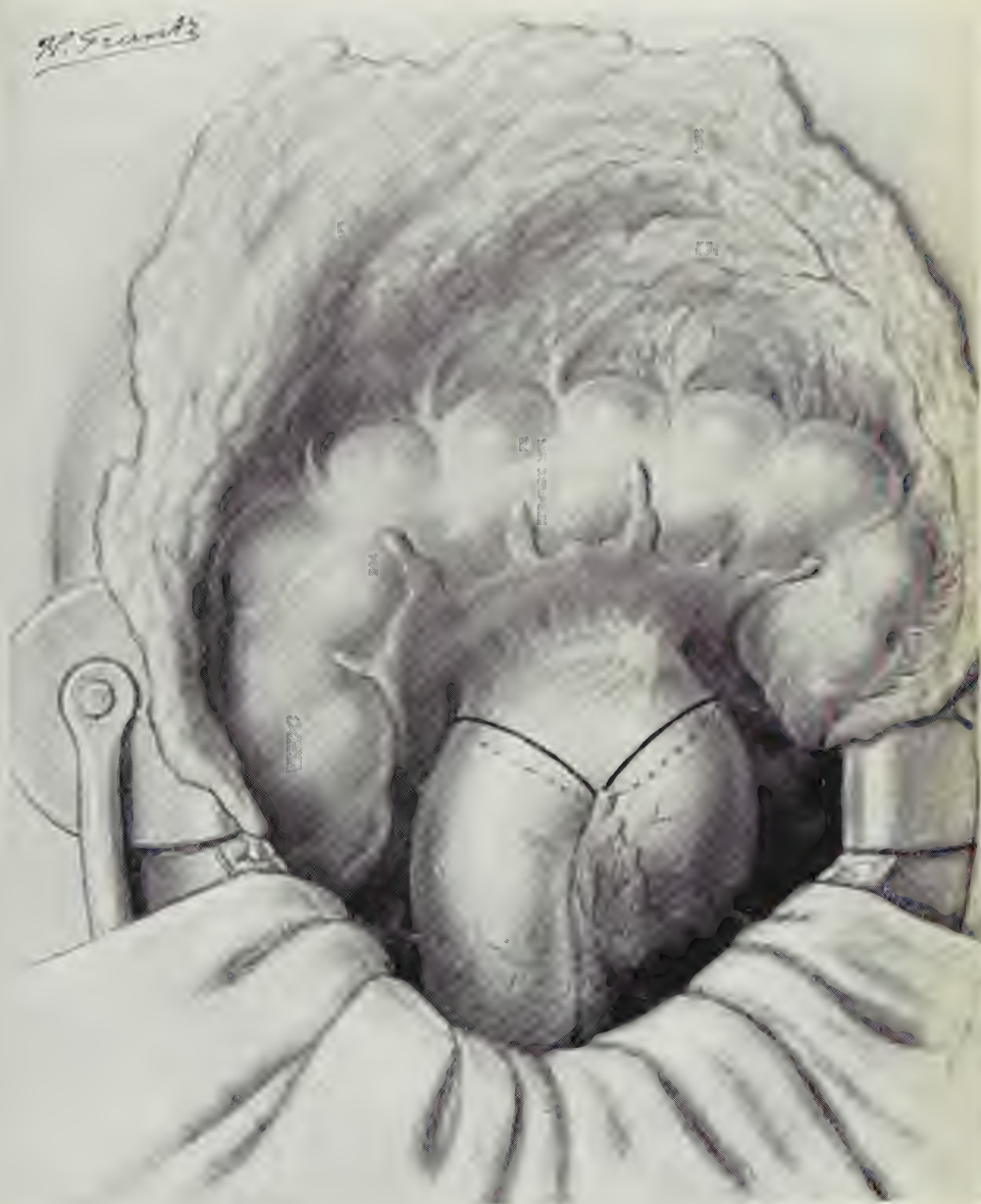


- A — Petit ulcère jéjunal, juxta-anastomotique.
 B — La région sous-mésocolique est exposée: il n'y a pas d'adhérence, l'ulcère jéjunal est manifeste.
 C. — L'arrière-cavité a été ouverte par désinsertion du ligament gastro-colique; les vaisseaux coliques apparaissent avec netteté; l'anastomose, libérée du mésocolon, est attirée dans l'étage supérieur.

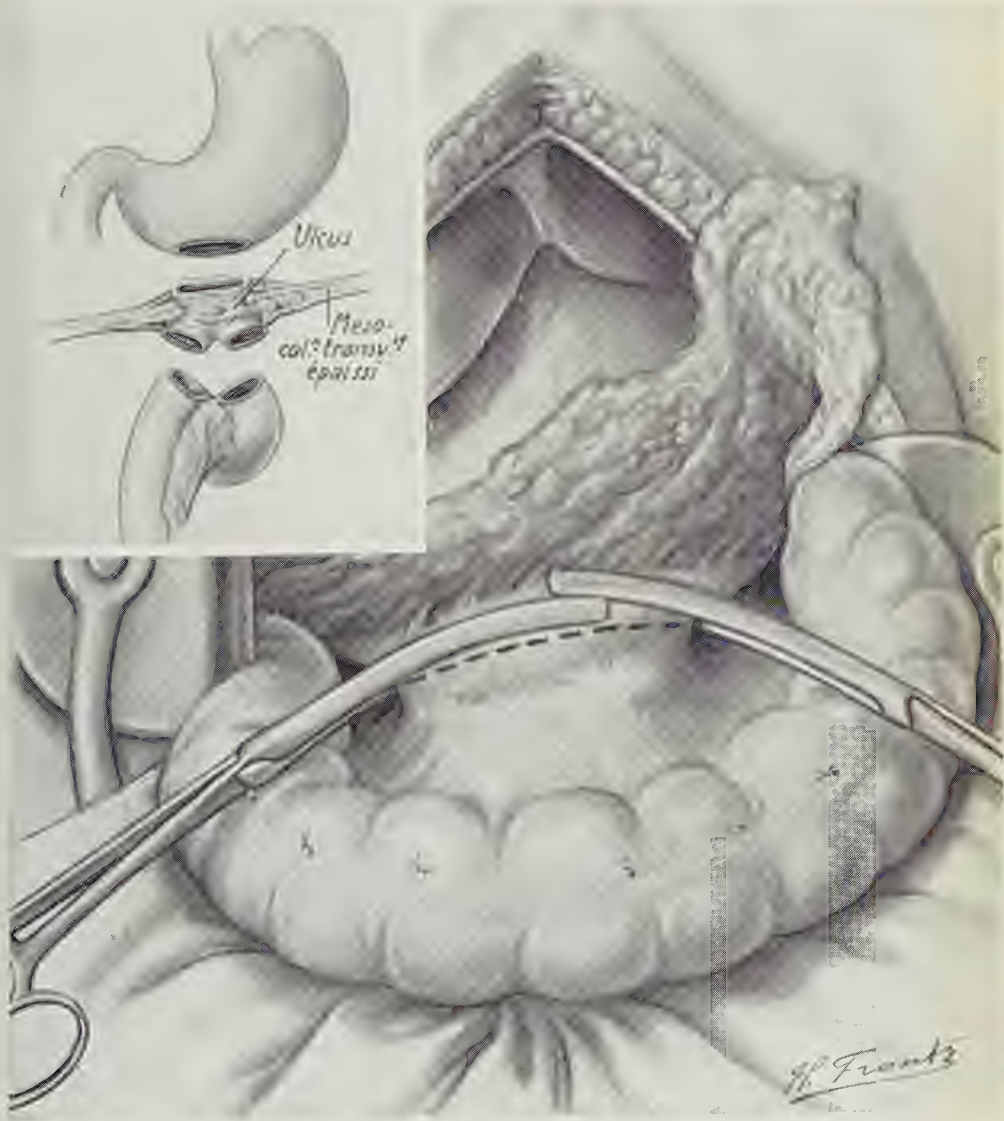


- A. — La section de l'anastomose porte haut, en territoire gastrique : examen minutieux des lésions.
 B. — On note la présence, le siège, l'étendue de l'ulcère et l'état de la muqueuse.
 C, C', D. — Recoupe conservatrice et fermeture de l'intestin par suture inversante perpendiculaire à l'axe.
 E. — Sacrifice complet de l'anse. Suture termino-terminale à points séparés.





Le mésocôlon est infiltré, rétracté ; il est impossible de repérer les vaisseaux coliques. On exécute la section de l'anse jéjunale par voie sous-mésocolique, premier temps de l'abandon du trajet intermédiaire mésocolique.



Deuxième temps de l'abandon de trajet anastomotique - section en territoire gastrique, à 1 cm. au-dessus du méso.

(A noter qu'on a pu pratiquer ici le décollement colo-épiploïque).

CARTOUCHE Vue schématique de l'ensemble des lésions abandonnées.



A et B. — Electrocoagulation par voie haute et basse de la muqueuse gastro-jéjunale.

C. — Anastomose antérieure : Polya précolique. La section gastrique est horizontale ; l'anse jéjunale est retournée ; le côlon est amarré par quelques points à la face postérieure de l'estomac.

D. — Section gastrique oblique, Finsterer précolique. L'anse est directement anastomosée, le segment afférent est suspendu. Le côlon est fixé, par quelques points, à la grande courbure.

3^o SÉPARATION GASTRO-JÉJUNALE. EXAMEN DES LÉSIONS.

Pour respecter plus sûrement l'intégrité de la paroi jéjunale, on pratique la section nettement au-dessus de l'anastomose *en pleine paroi gastrique*, dont une collerette de 1 cm. environ est ainsi détachée (pl. II, fig. A et B).

Un examen attentif de la muqueuse montre l'absence ou la présence de lésion à ce niveau, en précise le type, la topographie, l'étendue exacte et dicte ainsi la conduite à tenir vis-à-vis de l'anse jéjunale : traitement conservateur, ou, au contraire, nécessité d'une large exérèse (pl. II, fig. C, D, E).

Hors les cas où, d'emblée, la résection apparaît inévitable, nous estimons que cette exploration est très importante, car en principe il est superflu de réséquer ce qui n'est pas ulcère peptique ; et même si l'ulcère peptique est très net à la vue ou au palper, l'examen muqueux peut seul apprécier la possibilité d'une *recoupe conservatrice*, là où on aurait été tenté à première vue de sacrifier l'anse jéjunale.

Cette section haute, gastrique, de l'anastomose a, en outre, le mérite de pouvoir aider, dans les cas difficiles, à la libération d'une anse très adhérente en arrière ou fixée par sa brièveté. Comme Duval (du Havre) y a insisté, toute la circonférence mésocolique est ainsi exposée ; on la sectionne avec aisance, et en poussant la dissection de haut en bas, du libre au fixé, on décolle la face postérieure de l'anse avec un risque moindre de dégâts pariétaux et mésentériques.

B. — LES CAS PÉRILLEUX D'INFILTRATION MÉSOCOLIQUE

Très rapidement on se rend compte qu'on va avoir de grosses difficultés et que ce sera dangereux.

Le mésocôlon est épaissi, infiltré, *très rétracté* ; on a vu des rétractions telles qu'elles plaquaient le côlon sur le rachis même (Morèno).

La bouche est noyée dans un bloc d'adhérences, forme une « pseudo-tumeur inflammatoire ». Il est par conséquent impossible de repérer et de disséquer les vaisseaux coliques pour les éviter avec certitude lorsqu'on voudra libérer la bouche de l'anneau du mésocôlon (pl. III).

Dans de pareilles conditions, nombreux sont les chirurgiens qui, ayant blessé les vaisseaux, ont dû recourir d'emblée à une résection colique, voire à une hémicolectomie droite (Pauchet) ; d'autres fois l'importance de la dissection ayant laissé des doutes sur la vitalité colique, on jugea prudent d'extérioriser...

N'était-il pas judicieux, dans deux cas analogues, dont l'un succédait déjà à une gastrectomie large, de ne pas s'aventurer dans une dissection hasardeuse qui, en lésant les vaisseaux, eût doublé les risques de mortalité. *De propos délibéré, l'opérateur a coupé transversalement, au-dessus et au-dessous de la bouche, et a abandonné la zone intermédiaire de traversée mésocolique*, cap dangereux des gastrectomies pour ulcère peptique ayant infiltré cet organe.

1^o LIBÉRATION JÉJUNALE ET GASTRIQUE.

Par voie sous-mésocolique on libérera l'anse jéjunale et il faudra cliver sa face postérieure. On peut rencontrer

alors de grosses difficultés si le processus a envahi par en arrière les parois de l'intestin et quelquefois le mésentère. Bien entendu on ne pourra pas procéder de haut en bas après dégastro-anastomose supérieure, comme nous l'avons recommandé plus haut, puisqu'il ne faut pas toucher au mésocôlon ; on sera obligé d'attaquer *directement* avec douceur pour amorcer le clivage et décoller ensuite.

Par voie sus-mésocolique on libérera la face postérieure de l'estomac après avoir sectionné le ligament gastro-colique. L'arrière-cavité peut être partiellement bloquée, parfois véritablement symphysée. On recherchera un point de clivage, tantôt à droite de la bouche, tantôt à gauche, à partir duquel une libération progressive et prudente sera poussée : on décollera doucement du doigt et de la compresse en pensant toujours, lorsqu'on progresse vers la droite, au risque de l'artère colique moyenne.

Cette dissection laborieuse peut, du reste, largement bénéficier de certains artifices techniques. Ainsi que nous l'avons vu, *la section première duodénale* qu'emploie Duval (du Havre) et que recommandait Pauchet dans certains cas, permet de bien exposer la face postérieure de l'organe rabattu sur la gauche ; de même l'*hémisection*, objet d'un chapitre ultérieur, qui a l'avantage d'être praticable en cas d'obstacle duodénal important, pourra rendre les plus grands services.

2^o ABANDON DU TRAJET MÉSOCOLIQUE :

Lorsque l'anatomie de l'étage sus-mésocolique est suffisamment rétablie de part et d'autre de l'anastomose sous laquelle on a insinué une compresse, on va pratiquer une coupe franche, transversale, de la paroi gastrique portant à un centimètre au-dessus du méso (pl. IV, fig. A).

Par voie basse, dans un second temps, on sectionne l'anse jéjunale le plus près possible du mésocôlon. Dans un

cas, seule la convexité de l'anse fut intéressée et l'état des lésions intestinales permit de conserver la continuité en fermant simplement la brèche ; dans l'autre, le sacrifice des deux segments afférent et efférent fut nécessaire et on dut faire une anastomose termino-terminale.

Ainsi subsiste *un trajet intermédiaire* de dimensions variables, constitué par un vaste cratère ulcéreux, par du tissu fibreux de rétraction et par les tuniques gastro-intestinale de l'anastomose, *absolument indissociable, sans grave danger vasculaire, de l'anneau mésocolique* (pl. IV, cartouche). On l'abandonnera sans crainte après avoir, par en haut et par en bas, *ébarbé aux ciseaux ou électrocoagulé la muqueuse gastro-jéjunale* en prenant bien garde de ne pas atteindre le tissu fibreux profond qui porte les vaisseaux coliques (pl. V, fig. A et B).

La brèche, bien entendu, n'est plus utilisable ; elle sera fermée par quelques points séparés, très prudemment placés, pour empêcher tout risque d'étranglement.

3° ANASTOMOSE PRÉCOLIQUE.

Dans certains cas, on aura la chance de posséder suffisamment d'étoffe saine de méso pour pouvoir, *par une nouvelle brèche pratiquée à gauche de la précédente*, pratiquer une anastomose postérieure (obs. n° 20). Mais plus souvent, semble-t-il, l'importance de l'infiltration et de la rétraction mésocoliques réclame une *anastomose précolique*. C'est à elle qu'on dut avoir recours dans l'observation n° 18.

Certes, les anastomoses antérieures ne sont jamais recommandables fonctionnellement ; à plus forte raison les proscribit-on dans la cure d'un ulcus peptique. On les accuse de réclamer l'emploi d'une anse longue et la jéjuno-jéjunostomie qui, classiquement, doit les compléter, prive la bouche de l'influence des sucs duodénaux alcalins et la met dans les

mêmes conditions physiologiques que la déplorable anastomose en Y.

Cette méthode apparaît donc comme un procédé de pure nécessité. En réalité, le Polya précolique est moins défavorable fonctionnellement qu'on ne le veut bien dire car certains points de technique peuvent en amender l'usage. C'est ainsi qu'au mépris de la règle classique nous n'avons pas pratiqué de dérivation jéjuno-jéjunale et nous n'avons observé aucun ennui post-opératoire ; le malade, examiné récemment à la radio, présente une fonction gastro-jéjunale satisfaisante et une absence complète de reflux. De même Moreno (1), dans sa thèse, cite un cas de rétraction totale du mésocôlon transverse qui l'a obligé à faire une anastomose antérieure ; lui non plus n'a pas pratiqué de dérivation complémentaire et un examen radiologique très tardif n'a montré qu'un *tout petit reflux* dans l'anse afférente. Nous nous associons donc à l'opinion de Moreno, qui est aussi celle de beaucoup de chirurgiens, et estimons que lorsqu'on fait une anastomose précolique il est le plus souvent inutile de la compléter par une jéjuno-jéjunostomie ; il sera bien temps de s'y résoudre secondairement, à contre-cœur, si le besoin s'en fait sentir.

Dans l'exécution du Polya précolique le souci dominant sera d'user de *l'anse la plus courte possible*. Si on a pratiqué une section transversale, il faudra la retourner pour la rendre *isopéristaltique*. Mais encore, pour empêcher tout tiraillement de l'anse afférente et pour en réduire autant que possible la longueur, *il faut la soulager de la pesée colique et épiploïque* (si l'on n'a pas pu pratiquer le décollement qui serait alors préférable). Il suffira pour cela de fendre, en deux valves, le tablier épiploïque, dans l'hiatus desquelles passera l'anse jéjunale et *de suspendre par*

1. Moreno-Tinajero, *Ulcères peptiques après gastrectomie*. Thèse Paris, 1937.

quelques points séparés le bord supérieur du côlon à l'estomac (pl. V, fig. C).

Lorsqu'on a pratiqué une coupe oblique de l'estomac, l'anse jéjunale est fixée directement sans retournement. L'anastomose peut occuper toute la tranche (Polya) ou seulement la partie inférieure (Finsterer). En tout cas, la suspension du segment afférent de cette anse, nécessairement assez longue, est un temps très important (pl. V, fig. D).

Ainsi, l'usage d'une anastomose précolique nous apparaît, dans ces conditions, moins défavorable pour la fonction qu'on a coutume de le dire. Ce n'en est pas moins une *méthode de nécessité* qui ne répond qu'à des indications limitées :

a) *Quand, en raison du processus d'infiltration et de rétraction, on a été obligé d'abandonner le trajet intermédiaire d'anastomose gastro-jéjunale et qu'il est impossible d'emprunter à nouveau la voie transmésocolique.*

Déjà, dans les cas d'importante infiltration du méso, Pauchet recommandait d'abandonner la brèche et de faire une anastomose antérieure (en plus du danger vasculaire qu'il redoutait, la proximité de la bouche avec des phénomènes inflammatoires mésocoliques intenses ne semble pas souhaitable) ;

b) *Dans certains cas de blocage sous-mésocolique qui s'opposent à toute tentative de libération du méso et des premières anses grêles.*

C'est dans un cas semblable que Denis (1), de Mâcon, résolut la question d'une façon ingénieuse qui mérite d'être relatée, car en pareille circonstance il serait judicieux de s'en inspirer. Denis pratiqua une dégastro-anastomose par voie uniquement sus-mésocolique et ferma la collerette

1. R. Denis, *Lyon chirurgical* ; 4 février 1937, p. 443 (Gastrectomie pour échec de la gastro-entéro-anastomose).

gastrique proche du méso, réalisant ainsi *une exclusion de l'ulcère peptique*. Après exérèse large de l'estomac, il pratiqua une anastomose précolique à l'aide de la première anse grêle qu'il trouva libre (malade guéri depuis plusieurs années).

C.—LES CAS COMPLEXES D'OBSTACLE DOUBLE

Nous avons vu les difficultés et les dangers auxquels on peut se heurter en cas de grosse atteinte mésocolique. La cure radicale d'un ulcère peptique sera encore plus malaisée lorsque, concurremment, évoluera un ulcère duodénal (pl. VI, cartouche).

Certes, les choses peuvent se présenter bien lorsque la bouche est facilement libérable et que l'ulcère reviviscent est haut situé, dans la région pylorique ou sur la face antérieure du duodénum.

Il en va tout autrement quand on a affaire à un ulcère duodénal profond, adhérent, siégeant en pleine face postérieure, ayant souvent creusé dans le pancréas. Qu'à cela s'ajoutent une région anastomotique noyée dans les adhérences, un mésocôlon infiltré et rétracté, et voilà certainement réalisé le cas le plus embarrassant qui puisse s'offrir à l'opérateur.

Masson (1), dans sa thèse, a montré les mérites de l'*hémisection*, procédé qu'emploie M. Toupet depuis longtemps lorsqu'il prévoit de grosses difficultés dans l'exérèse d'un obstacle pyloro-duodénal (ulcère adhérent, cancer fixé). A plus forte raison semble-t-elle à conseiller lorsqu'existe de pair une gastro-entérostomie difficile à libérer.

En coupant l'estomac entre les deux points fixés, duodénum d'une part, anastomose de l'autre, on travaillera à la *libération postérieure* de chacun d'eux avec beaucoup plus d'aisance. Ce procédé s'inspire de la règle générale de chirurgie des cas malaisés qui recommande de *procéder du*

1. Masson, *Gastrectomie par hémisection*. Thèse Paris, 1934.

simple au complexe. Jean Duval, au nom du même principe, recommande, pour faciliter la libération de l'anastomose, *la section première du duodénum.* Le procédé technique d'hémisection possède la supériorité d'être applicable dans tous les cas et d'aider à *l'extirpation de deux lésions.* Nous allons maintenant en exposer le détail d'exécution.

1^o LA LIBÉRATION SOUS-MÉSOCOLIQUE ET LA DÉSINSERTION LARGE DU LIGAMENT GASTRO-COLIQUE représentent, comme à l'ordinaire, les temps préliminaires d'exposition des lésions.

A ce moment, on peut se heurter à une symphyse plus ou moins importante de l'arrière cavité, l'estomac et le pylore adhérent par leur face postérieure au mésocôlon. Il faut chercher à amorcer, à droite de l'anastomose, un plan de clivage qui permettra d'insinuer le doigt sous la face postérieure de l'antré ; l'effondrement, en regard, du petit épiploon, complètera la libération d'un petit segment gastrique sur lequel on va pouvoir placer deux clamps verticaux (pl. VI).

2^o L'HÉMISECTION GASTRIQUE sera donc exécutée très à droite, et d'autant plus que l'orifice anastomotique aura été correctement placé, à 4 ou 5 cm. du pylore, dans « la ligne d'aplomb de la petite courbure ».

Les clamps, que nous réservons maintenant à ce seul usage, ont été construits sur les indications de M. Toupet. Ils ont l'avantage d'être courts et maniables, de permettre une *préhension égale* sur toute leur longueur et d'être munis de dents récurrentes qui s'opposent au dérapage.

On pose verticalement les clamps dans l'hiatus de libération ; on fait l'hémostase des quatre pédicules de la grande et de la petite courbure qu'on solidarise aux tiges des clamps et l'on sectionne ; chaque tranche muqueuse est iodée et isolée par un petit champ.

LIBRAIRIE

3° LIBÉRATION DE LA BOUCHE : l'hémisection va permettre de rabattre en charnière, pivotant autour de leur zone fixe, adhérente, le segment gastrique et le segment duodénal (pl. VII).

La face postérieure de l'estomac est d'abord exposée et progressivement libérée de droite à gauche ; on arrive ainsi sur l'anastomose qu'il est facile de circonscrire et de soulever à l'aide d'une compresse (pl. VIII). Suivant les circonstances, la bouche sera détachée des lèvres mésocoliques si le méso est peu infiltré, si on a pu repérer les vaisseaux, et le jéjunum, attiré, sera sectionné dans l'étage supérieur ; au contraire, si la dissection risque de nuire à la vitalité colique, il ne faudra pas hésiter à abandonner la zone intermédiaire, suivant le procédé que nous avons décrit dans le chapitre précédent.

4° LIBÉRATION DU SEGMENT DUODÉNAL : l'opérateur a encore à exécuter un temps difficile : il doit disséquer l'ulcère postérieur du duodénum qui adhère plus ou moins fortement et largement au pancréas.

Une traction douce sur le segment duodénal que l'on rabat vers la droite découvre, à merveille, la région de de l'angle duodéno-pancréatique à laquelle on va s'attaquer.

La libération sera conduite suivant les règles habituelles de patience, de minutie, en se tenant au contact même du duodénum, en liant et sectionnant un à un chaque tractus vasculaire, en prenant garde de ne pas léser, d'abord le canal pancréatique accessoire (qui peut être canal principal-Finsterer), ensuite le cholédoque.

Mais, lorsque le traitement de la lésion corporeale aura été particulièrement long et pénible ; lorsque, surtout, l'ulcère s'étendra loin vers le pédicule hépatique, il sera opportun d'abandonner la lésion et de pratiquer une *gastrectomie pour exclusion*, plutôt que de prolonger, outre mesure, l'in-

tervention ou de risquer une blessure du cholédoque (trop rarement publiée).

Il est bien évident que, si l'ulcère duodénal reviviscant est responsable, comme nous l'avons vu une fois (obs. n° 17), d'hémorragies importantes, il serait illogique d'agir ainsi ; mais ce cas particulier mis à part, et sans entrer dans la discussion classique, il nous semble qu'exclure est agir au nom d'une prudence élémentaire et nous le ferons d'autant plus volontiers que la section aura des chances de porter franchement en *zone sous-pylorique*.

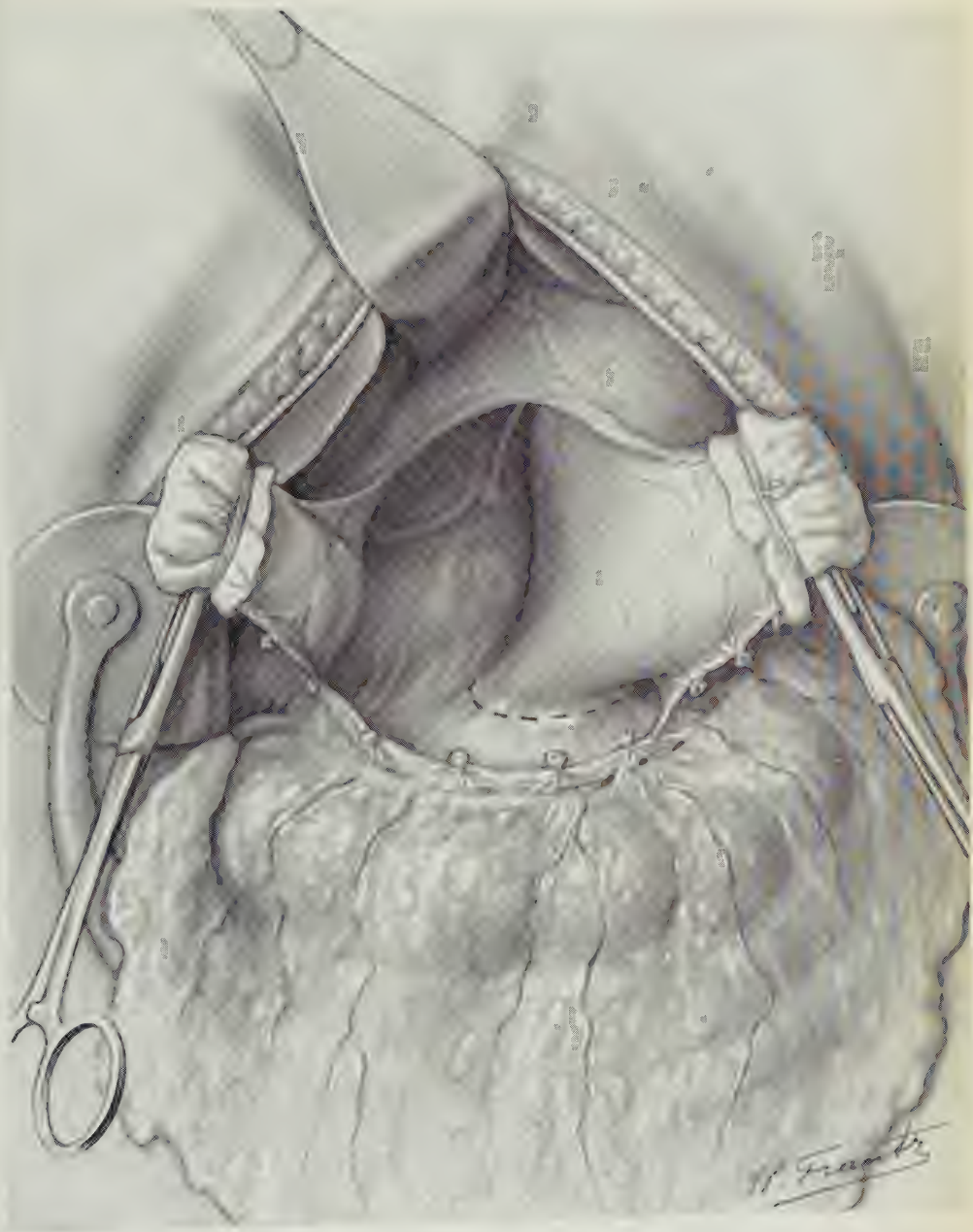
En résumé, ainsi que le dit Masson, « la gastrectomie par hémisection trouve son indication idéale dans le cas particulier d'*obstacle pathologique double*, la section première entre les deux lésions donnant un maximum d'accès sur chacune d'elle ».

L'hémisection a été employée dans 11 cas parmi lesquels, du reste, un certain nombre ne comportaient pas de lésion duodénale en activité. En effet, l'on s'est trouvé bien d'étendre les indications de cette méthode au cas où la présence d'adhérences sus-mésocoliques, voire d'un blocage de l'arrière-cavité, faisaient prévoir de graves difficultés de libération. Deux fois il a été impossible, sans danger pour la colique moyenne, de faire la section en aval de la bouche, elle fut alors pratiquée *en amont* ce qui donna la clef de réfection de la région (obs. 19 et 20). C'est ainsi un point nouveau à retenir que l'hémisection, pratiquée dans des cas de nécessité *au-dessus de l'anastomose*, peut offrir un bénéfice certain.



Premier temps de l'hémisection. — Le ligament gastro-colique est désinséré, le petit épiploon effondré. Les clamps antidiarréiques sont placés entre les deux obstacles, par conséquent loin vers la droite.

CARTOUCHE : Il existe une double lésion : ulcère peptique réjunal et ulcus duodénal reviviscent.



Deuxième temps. — L'hémisection est effectuée et la face postérieure de chaque segment incliné est admirablement exposée.



Troisième temps. — La libération de l'anastomose est complète et le segment jéjunal est attiré au-dessus du mésocolon.

II

Traitement de l'anse jéjunale.

Quand on traite l'anse jéjunale nous estimons qu'on doit être guidé par le souci d'être *conservateur*. Une intervention simplifiée, des risques diminués, sont des arguments qui nous semblent suffisants pour justifier cette tendance. Bien souvent, l'importance des lésions ne peut être jugée avec précision que grâce à une *exploration par voie muqueuse*, après section de l'anastomose. A cet effet, ainsi que nous l'avons exposé précédemment, *la section doit être haute*, portant franchement sur l'estomac dont une collerette est détachée.

L'examen de l'anse va décider d'une conservation opportune ou, au contraire, de la nécessité d'une exérèse large, segmentaire.

1^o Traitement conservateur.

Lorsque les lésions ne sont pas considérables, leur ablation peut n'intéresser qu'un territoire limité et *la continuité du grêle être respectée*.

Cela est conditionné par plusieurs facteurs : la nature, le siège et l'étendue de la lésion première d'une part ; l'état de la muqueuse adjacente et le degré de vitalité de l'anse d'autre part ; le point exact de la première bouche par rapport à la circonférence intestinale enfin, sont également à considérer.

Il apparaît donc que *tout ce qui n'est pas ulcère peptique* : reviviscence d'une lésion duodénale, sténose simple de la bouche, stomite discrète (les grosses altérations inflammatoires jéjunales réclament la résection), et aussi *ce qui n'est que petit ulcère juxta-anastomotique*, gastrique rarement, en règle jéjunal, sans altérations muqueuses éloignées et intenses, est justiciable d'une résection limitée.

Une recoupe, ménageant le maximum d'étoffe, pratiquée à la limite des lésions, permet d'envisager deux cas :

A. — La bouche peut être conservée et utilisée.

C'est l'éventualité la plus heureuse car elle simplifie énormément l'intervention ; il n'a été besoin que d'enlever très peu de jéjunum et la bouche est apte à servir à la nouvelle anastomose, à condition toutefois que la gastro primitive ait été exécutée correctement, *en plein bord libre de l'intestin*.

Comme le fait remarquer Leriche, cette pratique est particulièrement facile si l'anse jéjunale efférente est dilatée.

Pour ajuster exactement la brèche à la tranche de section gastrique, il faudra parfois la rétrécir, plus souvent l'agrandir soit vers le haut, soit vers le bas, suivant le niveau auquel a été faite la gastro ; *en tout cas il faut choisir de telle façon qu'il n'y ait pas de traction sur les sutures*.

L'anastomose est souvent un peu plus délicate à réaliser que normalement et l'on peut avoir avantage à pratiquer une suture bord à bord en deux plans, à la façon de Robineau, tout au moins pour la *partie postérieure*.

Cette méthode a été employée par de nombreux auteurs et, huit fois, elle fût adoptée dans nos observations.

B. — La brèche est inutilisable, mais peut être fermée
(pl. II, fig. C et D).

Lorsque la résection des tissus malades a entraîné un sacrifice plus considérable, on ne peut plus se servir directement de l'ancien orifice, mais il suffit qu'un pont pariétal suffisant subsiste dans la région mésentérique pour pouvoir respecter la continuité : un quart de circonférence à ce niveau suffit généralement pour fermer le jéjunum. Cette restauration, bien entendu, ne sera entreprise que « si elle n'expose pas à des tiraillements, à une suture irrégulière, boursofflée, peu sûre » (Abadie).

Suivant la règle classique, il faudra exécuter la fermeture selon un plan perpendiculaire à l'intestin pour écarter tout risque de sténose, ce qui est capital, même en amont de l'anastomose gastro-jéjunale.

Une suture longitudinale, comme certains la pratiquent, ne peut se justifier qu'en présence d'un *intestin très dilaté*.

On peut, pour fermer cette brèche, user du bord à bord, ou faire un plan total inversant doublé d'une couverture séro-séreuse ; c'est ce qui fut pratiqué à l'aide de points séparés, dont nous étudierons tout à l'heure les mérites.

Ce deuxième procédé a été employé quatre fois.

2° Traitement radical : section franche de jéjunum
(pl. II, fig. E).

Il est bien évident qu'une ablation large est indispensable lorsqu'un volumineux ulcère calleux a envahi la plus grande partie de la circonférence de l'intestin, s'étend à distance, infiltre le mésentère, ou bien lorsqu'on se trouve en présence d'ulcères multiples, voire serpigineux ; mais encore cette exérèse est justifiée par des lésions beaucoup moins considérables : il faut réséquer quand un ulcère,

même de petite taille, siège en regard de la bouche, *dans la région mésentérique* ; il faut réséquer quand on est en présence d'une jéjunite intense qui peut s'étendre sur plusieurs centimètres de l'anse efférente (jéjunite dont l'importance n'est pas toujours en rapport avec l'extension et l'ancienneté de l'ulcère ou encore qui peut déjà exister sans ulcère) ; un tel facteur inflammatoire, bien que mis au repos en amont des sutures et guérissable, *doit être éliminé à proximité de l'anastomose*.

Telle sera donc notre ligne de conduite dans les indications de la conservation ou de l'exérèse jéjunale. Mais, insistons y encore, pour évaluer bien les lésions et ne pas faire de sacrifice inutile, compliquant l'intervention, le temps préliminaire d'exploration par voie endogastrique rendra souvent de grands services.

A. — Les difficultés et dangers parfois rencontrés.

Les cas d'anastomose facile sont ceux où, à un diamètre relativement égal des deux tranches de section, s'ajoute une longueur suffisante du segment afférent pour pouvoir extérioriser et ainsi *travailler hors du ventre*.

Si l'on veut, on peut, en pareil cas, faire une anastomose latéro-latérale (Finsterer la pratique quelquefois). A la vérité cela est plus long et, dans les cas faciles, ne semble pas apporter une sécurité plus grande qu'une anastomose bout à bout correctement exécutée. Peut-être serait-il plus judicieux d'employer ce procédé lorsque existe *une dilatation importante d'un des segments*, et à condition qu'on ait beaucoup d'étoffe (anse longue).

Dans d'autres circonstances, heureusement plus rares, *on peut se trouver en présence de grandes difficultés* ressortissant aux deux facteurs suivants :

1^o L'INCONGRUENCE DES TRANCHES DE SECTION : il est très fréquent de noter des dilatations jéjunales segmentaires, tantôt portant sur l'anse *afférente*, sans qu'il y ait *nécessairement* rétrécissement du grêle en aval (bien plus, il existe parfois une *sténose sus-jacente*, au niveau du pylore) ; tantôt portant sur l'anse *efférente* et que la jéjunite semble le plus souvent insuffisante à expliquer. Quoi qu'il en soit de ces faits de pathogénie obscure, la différence de calibre peut être considérable et varier, comme dans deux de nos observations (obs. 18 et 19), du simple au double.

Nous verrons quel bénéfice l'on peut tirer, pour pallier à cette difficulté, de l'usage de points séparés dans la confection de l'anastomose, nécessairement termino-terminale, si l'on doit traiter une anse courte.

2^o L'UTILISATION, POUR LA BOUCHE DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE, D'UNE ANSE TRÈS COURTE, PROCHE DE L'ANGLE DUODÉNO-JÉJUNAL, à laquelle peuvent s'ajouter d'autres conditions défavorables, telles que l'adiposité du sujet et la profondeur particulière de la région.

Beaucoup d'auteurs ont insisté sur les *pires difficultés* auxquelles ils se sont heurtés en pareil cas (Pauchet, Judine, Leriche, Denis, Santy, etc.), et certains ont proposé des artifices permettant d'y pallier.

Dès 1918, Clairmont avait décrit un procédé permettant d'obtenir suffisamment d'étoffe pour pratiquer l'anastomose. Cette manœuvre consiste à mobiliser l'angle duodéno-jéjunal et le quatrième duodénum, en incisant le péritoine sur le bord gauche du duodénum et en décollant vers la droite.

Cette technique a le gros inconvénient de faire pratiquer une anastomose avec un segment dont *une face est dépéritonisée* ; en outre, elle peut être *insuffisante* ou même *impossible*. C'est dans de pareilles conditions que certains chirurgiens ont eu recours à des *procédés de fortune*, telle la

détestable anastomose en Y, car antiphysiologique, qui a donné tant de récidives à Finsterer au début où il l'employait volontiers, mais qui, pratiquée au bouton, est presque toujours possible et fût pour certains un acte de nécessité ; telle l'improvisation de Nissen (1) qui, par deux fois, fût contraint de fermer le bout duodénal et pratiqua avec l'anse jéjunale une duodéno-jéjunostomie latéro-latérale sus-jacente à l'anastomose gastrique.

Tierny, enfin, rapporte deux cas de Pauchet, particulièrement intéressants puisque ce chirurgien improvisa avec succès une technique que nous préconisons et dont on peut estimer le bienfait dans la cure des cas malaisés. « Dans deux cas, V. Pauchet coupa l'angle duodéno-jéjunal au ras du rachis ; il ne put faire la libération de l'angle duodéno-jéjunal à cause de l'infiltration inflammatoire du péritoine pariétal. Il sectionna le jéjunum à la fin exacte du duodénum et, *par des points séparés*, il arriva cependant à faire la suture bout à bout des extrémités jéjunales » (Tierny).

B. — Les mérites de l'anastomose à points séparés.

Lorsqu'on se trouve en présence des difficultés que nous venons d'étudier, on regrette de n'avoir pas pu pratiquer un traitement conservateur ; mais, puisque les circonstances ont exigé une anastomose termino-terminale (l'Y est le pire des pis-aller), il sera toujours possible, du moins le croyons-nous, de faire un bout à bout correct, étanche, à l'aide de points séparés.

Ainsi, la différence de calibre est admirablement compensée.

Il nous a été donné de voir réaliser, par M. Toupet, une anastomose colique, termino-terminale, avec deux segments

1. Nissen, *Bulletin et Mémoires Soc. de Chir.*, 17 février 1937, p. 189.

dont le supérieur représentait un calibre triple du segment sous-jacent.

Ainsi, on palliera à la difficulté de travail dans la profondeur, « à l'intérieur du ventre », où il est très difficile, sinon impossible, de mener un surjet à l'aiguille de couturière.

Ainsi, la qualité d'anastomose sera bien supérieure, dont la paroi n'est pas étranglée, dont la souplesse d'orifice s'oppose « à l'anneau rigide et inextensible des surjets », menace de sténose ultérieure.

C. — Anastomose termino-terminale.

Insistons d'abord sur deux principes qui doivent présider à la résection. En premier lieu, *il importe de faire porter la section supérieure au ras des lésions* pour ménager le maximum d'étoffe de ce côté ; cela sera d'autant plus nécessaire que l'anse de gastro sera plus brève. Il faut ensuite, dans la mesure du possible, *faire l'ablation au bord même du méso*, en ménageant ainsi au mieux la vascularisation mésentérique.

1^o LE POINT DE REPÈRE SÉRO-SÉREUX ET D'EFFACEMENT MÉSENTÉRIQUE : ainsi que nous l'a montré notre collègue Orsoni, nous conseillons de placer un premier point séro-séreux, point en U, qui prend sur chaque segment les deux lèvres du péritoine mésentérique et qui, une fois noué, efface ainsi *le point faible* normalement dépourvu de péritoine. Le chef droit et le chef gauche seront des repères postérieurs précieux lors de la confection du plan de couverture séro-séreux.

2^o LE PLAN TOTAL : l'on peut, si l'on veut, pour consolider davantage le point faible, placer en regard un point total en U d'affrontement. Le plan total est fait au lin n^o 1, à points séparés passés à l'aide d'une fine Reverdin à long col et long

manche, l'aiguille de Jalaguier. Entre des fils de bâti, qui tendent et présentent les tranches à affronter, sont passés, tous les 3 mm. environ, des *points inversants* qu'on noue à l'intérieur. Il faut mener le travail de façon à *terminer aisément, en pleine face antérieure*, par un point total en U qui enfouira bien la muqueuse si, avant de le nouer, on passe et *tend*, de part et d'autre, deux fils séro-musculaires.

3^o LE PLAN SÉRO-SÉREUX : ce plan sera nécessairement fait à points séparés, à l'aide d'un lin plus fin, n^o 0 ; les fils seront placés successivement sur chacune des demi-circonférences droite et gauche, entre deux fils repères antérieur et *postérieur juxta-mésentérique* (dont on apprécie à ce moment la présence).

On terminera enfin, quand cela est utile, en plaçant quelques fils sur les bords des lèvres mésentériques pour éviter tout hiatus fâcheux.

III

Anastomose gastro-jéjunale.

A. Principes directeurs.

Il est acquis qu'enlever les deux tiers d'un estomac, pour supprimer l'hyperchlorhydrie et la gastrite, est le meilleur moyen de lutter contre la menace d'un ulcère peptique ; c'est aussi le seul dont nous disposions pour le traiter avec efficacité, et si, au cours de cette réintervention, la résection peut être poussée plus loin encore, aux trois quarts, il faudra s'en féliciter.

L'on sait, d'autre part, que le rétablissement de la continuité gastro-jéjunale doit et peut toujours s'inspirer du procédé de Polya ou Finsterer, qui apparaît fonctionnellement le meilleur (le Péan-Bilroth I est plus physiologique mais n'est pas compatible avec une résection très large) ; qu'il y a avantage à user pour cela d'une *anse courte*, en empruntant la *voie transmésocolique* (il y a des cas de nécessité, cependant, qui exigent une anastomose pré-colique). En recherchant ainsi la fonction la meilleure, c'est ajouter encore à la prévention d'une récurrence.

Mais nous voulons maintenant insister sur certaines règles majeures qui doivent présider à la confection de l'anastomose. Ces règles ont pour but de réduire le traumatisme au minimum et de diminuer, autant qu'il est possible, les risques et l'importance d'infection de la ligne de suture. Certes, le temps n'est plus où tel auteur invoquait, comme

cause principale de l'ulcère peptique, les surjets non résorbables, tel autre l'usage de clamps, ou bien encore l'apparition d'hématomes..... Mais ce sont des *facteurs favorisant certains, dont il est indispensable de se débarrasser*. Le souci constant de ménager au maximum la très grande fragilité de la muqueuse gastrique, dont « l'étendue de réaction aux traumatismes est imprévisible », doit guider ce dernier temps mécanique, manuel, de l'intervention.

1° L'USAGE DE CLAMPS, D'ÉCRASEURS, DE PINCES DOIT ÊTRE BANNI. Depuis longtemps, nombre d'auteurs avaient insisté sur leur rôle néfaste ; Pauchet les avait écartés de ses résections gastriques. Il est banal actuellement de les entendre condamner, mais aussi banal de les voir employer.

Nous pensons qu'il est facile d'être propre sans se servir de clamps : une bonne protection à l'aide de champs intestinaux, l'usage immédiat de l'aspirateur électrique, dès qu'une muqueuse est ouverte, sont précautions suffisantes.

Les clamps servent, à certains, d'agents d'extériorisation ; la conservation de l'*estomac tracteur*, à la façon de Pauchet, permet mieux que tout autre procédé de travailler superficiellement.

Il est un point enfin sur lequel on ne saurait trop insister : c'est de ne jamais demander à un clamp un rôle hémostatique provisoire que doit assurer définitivement un surjet. C'est d'abord aller au-devant d'hémorragies post-opératoires, c'est peut être ensuite créer des perturbations de vascularisation des tranches suturées qui retardent leur cicatrisation et prédisposent à l'infection de la ligne de suture (Dubourg) (1).

Dans le même ordre d'idées, l'emploi de pinces repères de Chaput, à plus forte raison de Kocher, peut être facilement remplacé par l'usage de fils repères.

1. Dubourg, *Recherches expérimentales sur la technique des résections gastro-intestinales*. Thèse Bordeaux, 1931.

2° LES SURJETS NON RÉSORBABLES SONT A PROSCRIRE : on connaît bien la lenteur avec laquelle s'éliminent les surjets de fils non résorbables, soie ou lin, les troubles mécaniques qui peuvent en résulter et surtout les *troubles inflammatoires* qui semblent intimement liés à cette élimination, puisque leur ablation simple a pu, dans certains cas, amener une guérison facile. Lazard (1), dans sa thèse, en a rapporté quelques exemples.

Les surjets séro-séreux surtout ont beaucoup de mal à s'éliminer, qui doivent traverser toute la paroi gastro-intestinale.

L'on a retrouvé des surjets plusieurs années après anastomose ; Pelé cite un cas de 10 ans ; dans deux de nos observations, des fragments importants ont été découverts dont la rétention datait, dans un cas de 3 ans (obs. 2), dans l'autre de 5 ans (obs. 9).

Il semble aussi que « l'inclusion d'un corps étranger au niveau d'une zone de passage particulièrement délicate, pourra constituer un point d'appel constamment prêt à fixer une réaction inflammatoire et à l'amplifier » (Lazard) (1).

Tous ces faits suffisent à condamner irrémédiablement l'usage de surjets non résorbables. On peut faire, si on veut, un surjet muco-muqueux, un surjet total à l'aide de *catgut* à *résorption lente*, mais le *plan séro-séreux doit toujours être fait à points séparés de lin ou de soie*.

M. Toupet a l'habitude de se servir uniquement de points séparés de lin, non seulement pour le plan séro-séreux, mais aussi pour le plan total, car la qualité de la bouche qui n'est pas ultérieurement envahie d'œdème et qui reste souple et extensible est infiniment supérieure. La confection d'une anastomose gastro-jéjunale est, certes, un peu plus longue dans ces conditions, mais elle n'excède jamais 1/2 heure, c'est donc un argument négligeable.

1. F. Lazard. *Les stomites*. Thèse Paris, 1937.

3° LA PERFECTION DE L'HÉMOSTASE DOIT ÊTRE UN SOUCI CONSTANT : rien n'est plus dangereux que de compter sur l'action combinée des clamps et des surjets pour assurer l'hémostase.

Pendant longtemps beaucoup de morts, baptisées « shock opératoire », n'étaient que des hémorragies. Maints chirurgiens très expérimentés ont eu à réopérer des malades qui saignaient, en ont perdu, et ont ainsi changé de méthode.

Le saignement peut se faire dans le ventre ou très souvent par l'estomac. Il peut provoquer parfois des hématomes interstitiels, susceptibles d'obturer complètement la bouche (Moutier). Dans beaucoup de cas les choses s'arrangent d'elles-mêmes : quelques vomissements sanglants, des lavages d'estomac dont le liquide revient très rouge le soir de l'intervention, moins le lendemain, et c'est tout. Mais c'est trop. Un gastrectomisé ne doit pas vomir de sang, on ne doit pas être obligé de lui laver l'estomac ; et les hématomes interstitiels qui n'ont souvent pas de traduction clinique, mais qui peuvent retentir fâcheusement sur les sutures et sur la qualité ultérieure de la bouche, *doivent être évités jalousement*.

Il est cependant facile de pratiquer une bonne hémostase. La section de la couche séro-musculaire gastrique fait apparaître les vaisseaux que porte la sous-muqueuse. On peut, à la manière de Denk, lier chacun d'eux à l'aide d'un point de lin passé à la fine Reverdin ; ou bien clamber chaque vaisseau avec une pince très fine posée au ras de la tunique séro-musculaire ; les ligatures sont alors effectuées après section de la muqueuse. Au niveau du jéjunum, par contre, l'hémostase n'est possible qu'après ouverture complète de la paroi.

B. — Exécution de l'anastomose.

Pour pratiquer l'anastomose, on se servira de « l'estomac tracteur », qui est bien le meilleur moyen pour extérioriser un travail difficile en raison de la profondeur exigée par la largeur d'exérèse.

1^o SUTURE DE LA LÈVRE MÉSOCOLIQUE GAUCHE à la face gastrique postérieure par quelques points séparés au lin. Si le mésocôlon est infiltré, il faut *charger très peu de tissu*, car on risquerait de piquer les vaisseaux coliques. Pauchet signale des cas où il a préféré ne pas suturer la brèche mésocolique ; une fois, nous avons également abandonné l'orifice (obs. n^o 17), car un très gros blocage sous-mésocolique nous y autorisait. Quand cela est possible, mieux vaut faire un nouvel orifice de passage en territoire sain, qu'il faut rechercher *à gauche* de l'ancienne brèche (obs. n^o 20).

2^o SUTURE SÉRO-SÉREUSE POSTÉRIEURE DE L'ANSE JÉJUNALE A L'ESTOMAC : en règle générale, l'anastomose doit siéger un peu *en aval*, à quelques centimètres de la suture jéjunale qui est ainsi mise au repos et sur laquelle ne doit s'exercer, bien entendu, aucune traction. Parfois, cependant, la gastro-entérostomie a été faite sur une anse si longue qu'il y a tout intérêt, du point de vue fonctionnel ultérieur, à placer la bouche en amont. Nous n'avons jamais été en présence de fait semblable, mais Abadie (1) en a publié 3 cas. Rappelons enfin qu'on peut-être obligé, en raison d'un blocage sous-mésocolique, comme dans un de nos cas et dans un de Denis, *de se servir de la première anse grêle libre située à une distance plus ou moins grande de l'angle duodéno-jéjunal*.

(1) Abadie. *Bulletin et Mémoire Soc. Chirurgie*, 27 mars 1935, p. 521.

3^o SECTION DES PAROIS GASTRO-JÉJUNALES. HÉMOSTASE. PLAN TOTAL. *Dans un premier temps* on sectionne au bistouri, du côté gastrique, la tunique séro-musculaire postérieure à environ 1 bon cm. de la ligne de suture séro-séreuse, en raison de la rétraction importante de la paroi. On arrive alors sur le plan vasculaire de la couche sous-muqueuse dont chaque vaisseau apparaît avec netteté, qu'on pince et coupe, ou qu'on lie avec un point passé avant de sectionner.

Le plan muqueux est alors incisé au ras de la séro-musculaire et immédiatement le contenu stomacal est absorbé par l'aspirateur électrique.

Du côté jéjunal, l'incision est pratiquée *immédiatement sur le bord libre et porte sur toute l'épaisseur de la paroi*. Le contenu intestinal qui est très irritant est soigneusement aspiré; l'hémostase de tous les points qui donnent est ensuite exécutée.

On effectue alors aux points séparés de lin, placés au maximum tous les 3 mm., entre des fils de bâtis extrêmes et médian, bien tendus par l'aide, avec une fine Reverdin ou l'aiguille de Jalaguier, tout le plan postérieur de l'anastomose.

Dans un deuxième temps, après avoir basculé l'estomac vers la droite, on complète la section gastrique antérieure de façon identique à celle que nous venons de décrire et on poursuit la confection totale avec des fils parfaitement inversants, car *tous sont noués à l'intérieur*. Seul, le dernier point *qui devra séger en pleine face antérieure* pour être plus facile à exécuter, sera réalisé à l'aide d'un point total en U.

4^o PLAN SÉRO-SÉREUX ANTÉRIEUR ET SUSPENSION DE L'ANSE : L'anse jéjunale afférente est suspendue, suivant la technique de Finsterer, par quelques points qui accolent la face libre du grêle à la partie supérieure de la petite courbure (dont le dépouillement avait été réparé par des points séparés séreux).

Ce temps est très important puisqu'il a pour but de s'opposer au reflux duodénal et d'autant plus qu'au cours de ces gastrectomies secondaires, l'anse employée peut être nécessairement un peu longue puisque la bouche doit siéger en principe au-dessous de la suture du grêle.

5° SUTURE DE LA TRANCHE DROITE MÉSOCOLIQUE A L'ESTOMAC.

* * *

Ainsi le type d'anastomose qui fût adopté dans l'ensemble est celui qui, à la manière de Polya, utilise toute la tranche gastrique, car c'est le plus simple. Si la surface de section est très longue, on en ferme, comme Finsterer, la partie supérieure, mais cette façon de faire ne nous fut jamais dictée par la crainte du reflux duodénal, fait exceptionnellement rencontré parmi les très nombreux examens radiologiques qui ont été pratiqués à Bicêtre chez les gastrectomisés (un de ces faits est rapporté dans l'obs. n° 9).

C. — Fin de l'intervention. Drainage. Reconstitution pariétale.

Lorsque l'opération est terminée, on ne referme pas le ventre sans pratiquer, à l'aide d'une *lame de caoutchouc*, placée vers la région du moignon duodénal, le *drainage de l'étagé sus-mésocolique*. C'est un souci de prudence élémentaire qui peut révéler une hémorragie post-opératoire ou permettre à une fistule duodénale de trouver son chemin, sans exposer le malade à une péritonite susceptible d'être fatale (Finsterer).

La fermeture de la paroi sera facile, grâce aux fils d'attente placés dès le début de l'intervention.

Lorsqu'on arrive au terme d'une gastrectomie qui a duré deux heures et parfois plus, les effets de l'anesthésie ont complètement disparu, et dès qu'on enlève les champs de protection *le malade recommence à souffrir et à pousser*. Pour placer convenablement les fils pariétaux de fermeture, il faut refaire une locale ou endormir pendant quelque temps. Ici, rien n'est semblable car, en l'espace de deux minutes, le plan profond est complètement et solidement refermé ; encore faut-il user judicieusement des fils d'attente : on devra les nouer de bas en haut ; un double nœud coulissant permet de serrer à volonté la paroi et sera bloqué par deux demi-clef de sens contraire ; pendant qu'on noue les fils, l'aide, *en croisant* ceux qui sont sus-jacents, amène les deux lèvres pariétales au contact et soulage la traction.

TROISIÈME PARTIE

- I. — **Observations.**
- II. — **Conclusions.**

I

Observations.

Les 21 observations que nous rapportons comportent toutes des lésions ou des troubles survenus après *anastomose postérieure transmésocolique*, dont l'une concernait une gastrectomie étroite (obs. 1), et une autre (obs. 18) une exérèse large aux 2/3. M. Toupet n'a jamais eu à traiter de figures complexes telles que Y ou G.-E. avec dérivation jéjunale complémentaire. Une fois, cependant, existait en outre une duodéno-jéjunostomie qui fut, du reste, respectée (obs. 16).

En accord avec la notion moderne de grande fréquence, l'ulcère peptique fut la lésion le plus souvent rencontrée. Il s'est présenté sous des aspects fort variables, depuis l'ulcère de très petite taille jusqu'au vaste cratère ayant largement creusé le mésocôlon ; tantôt il s'accompagnait d'une intense réaction jéjunale, tantôt, au contraire, l'inflammation macroscopique de voisinage était réduite au minimum. Le siège de la lésion fut, en règle, la zone jéjunale antérieure juxta-anastomotique ou la bouche elle-même ; une fois, l'ulcère occupait le bord mésentérique. Ces douze cas d'ulcère peptique de notre thèse sont représentés par les observations 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 19, 20.

Les neuf autres gastrectomies secondaires furent exécutées pour des lésions diverses : sténose de la bouche coexistant avec un ulcère duodénal reviviscent (obs. 7) ; gastrite

intense avec périoduodénite (obs. 11) ; rétrécissement de l'anastomose et adhérences péri-pyloro-duodénales (obs. 13). Ailleurs (obs. 1, 2, 5, 15, 16, 21), hors des adhérences plus ou moins importantes, ni l'examen opératoire minutieux, ni l'examen de la pièce ne montrèrent de lésions nettes, macroscopiques ; la gastrectomie cependant était justifiée par la notion d'ulcère antérieur jointe aux troubles gastriques intenses présentés par le malade. Les cas de reviviscence de l'ulcère duodénal souvent notés, six fois sur vingt et un, coexistaient avec la présence d'un ulcère peptique (obs. 4, 10, 17, 19, 20), sauf dans l'observation 7 où existait une sténose de la bouche.

I. — CONFORMÉMENT AU SCHÉMA QUE NOUS AVONS DRESSÉ, EN NOUS APPUYANT SUR LES MODALITÉS DE L'EXÉRÈSE, LES OBSERVATIONS PEUVENT ÊTRE CLASSÉES EN TROIS GROUPES :

1^o *Les cas de simple dégastro-anastomose.*

(Obs. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 12, 15).

2^o *Les cas où l'on a usé de l'hémisection.*

a) *Deux lésions, l'une du côté de la bouche, l'autre du côté duodénal.*

1^o *Ulcère duodénal reviviscent coexistant avec ulcère peptique ;*

(Obs. 10, 17, 19, 20).

2^o *Ulcère duodénal reviviscent coexistant avec sténose de la bouche ;*

(Obs. 7).

3^o *Périoduodénite intense coexistant avec sténose de la bouche.*

(Obs. 13).

b) *Une seule lésion, du côté de la bouche : ulcère peptique.*

(Obs. 6, 9, 14).

c) *Une seule lésion, du côté duodéal : péripyloro-duodénite.*

(Obs. 11, 16, 21).

Dans ce lot, notons les difficultés offertes à la méthode par les cas 19 et 20. L'hémisection impossible à pratiquer en aval de la bouche, en raison d'adhérences intimes du mésocôlon et de l'estomac, fut exécutée *en amont*, et donna ainsi la clef de libération de la symphyse postérieure.

3° *Les cas où l'on a abandonné tout le trajet mésocolique.*

Obs. 18 dans laquelle force a été de recourir à une anastomose précolique.

Obs. 20 où l'opérateur a pu trouver, vers la gauche, une aire suffisante pour pratiquer une anastomose transmésocolique.

II. — LE TRAITEMENT DE L'ANSE JÉJUNALE, DEUXIÈME POINT A CONSIDÉRER, FUT AINSI RÉPARTI :

1° Neuf fois on a pu utiliser l'ancienne bouche pour la nouvelle anastomose.

(Obs. 1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 14, 16).

2° Dans 4 cas on a fermé la brèche jéjunale perpendiculairement à son axe.

(Obs. 3, 10, 13, 20).

3° On a pratiqué huit résections avec suture bout à bout.

(Obs. 6, 8, 12, 15, 17, 18, 19, 21).

Notons les difficultés de l'anastomose bout à bout dans les cas 17, 18, 19, en raison de la brièveté de l'anse ou de l'incongruence diamétrale, mais heureusement levées par l'usage de points séparés.

L'implantation gastro-jéjunale a toujours pu être placée,

sans dommage, *en aval de la suture du grêle*, car il n'y a pas eu d'anse très longue à traiter.

Dans l'observation 17, un blocage considérable des premières anses grêles a obligé, pour l'anastomose gastro-jéjunale, à avoir recours au premier segment libre sous-jacent.

III. — MORTALITÉ.

L'ensemble de ces 21 cas a donné deux morts post-opératoires, soit 9,5 %.

L'une a trait à une gastrectomie pour ulcère peptique (Obs. VI, in thèse Masson) et reconnaît pour cause une hémorragie secondaire au niveau du segment supérieur de la petite courbure. Depuis cet accident, M. Toupet, après avoir apporté un soin tout particulier à l'hémostase de cette région, fait injecter *une ampoule d'éphédrine*, pour déceler immédiatement un saignement qui pourrait naître seulement plus tard.

L'autre, observation XV, n'a pas pu être individualisée : un état infectieux général s'est terminé rapidement par collapsus cardiaque. L'autopsie a montré l'absence d'hémorragie et des suture intactes.

Observation I

M. N..., Marie, 27 ans, domestique.

Antécédents : Malade ayant subi une gastrectomie, il y a 2 ans.

Maigrissement considérable, douleurs vives, intolérance gastrique.

A la radio, rien de caractéristique, cependant l'anastomose paraît douloureuse.

Diagnostic : Ulcus peptique possible.

INTERVENTION LE 26 NOVEMBRE 1930 :

Anesthésie locale.

Laparatomie médiane : adhérences multiples. On sépare difficilement la zone anastomotique du mésocôlon transverse ; on doit disséquer très près de l'arcade colique.

On ne sent pas d'ulcère peptique. On pratique une recoupe large sur l'estomac, économique sur le jéjunum (section faite au bistouri électrique).

Utilisation de la bouche jéjunale pour l'anastomose termino-latérale. On commence par le surjet total, séro-séreux par retournement, fixation des lèvres de la brèche à l'estomac.

Deux mèches l'une au-dessus, l'autre au-dessous du mésocôlon transverse, à cause d'un très léger suintement des adhérences péritonéales.

Paroi en 1 plan.

Durée 1 h. 1/4.

Suites opératoires : Le malade sort 2 semaines après l'intervention, le 13 décembre.

Revu le 15 juin 1935 : A la radio, l'anastomose fonctionne de façon parfaite.

Le foie est très augmenté de volume.

Observation II

M. P..., 41 ans.

Antécédents : Malade ayant subi une G. E. et une cholécystectomie 2 ans auparavant.

A eu, à nouveau, des hémorragies et souffre.

INTERVENTION LE 22 JUILLET 1931 :

Anesthésie : éther.

Quelques adhérences épiploïques, pas de lésions visibles.

Dégagement de la bouche de G. E.

Résection gastrique de droite à gauche, section de la bouche sur le jéjunum.

Ablation de la moitié de l'estomac.

Polya avec utilisation de la bouche jéjunale ; plan séro-séreux postérieur par retournement.

Fixation de la brèche à l'estomac.

Crins perdus.

Suites opératoires : Les suites sont parfaites.

Revu plusieurs fois :

1^o *Le 17 novembre 1931* :

- quelques lourdeurs après les repas,
- pas d'hémorragie,
- ne souffre pas.

2° Le 10 mars 1932 :

- légers malaises,
- poids stationnaire : 56 kg. 100.

3° Le 26 avril 1932 :

- vient d'avoir de nouvelles hémorragies intestinales,
- repos au lit 15 jours ; extraits hépatiques.

Observation III

M. D... Joseph, 50 ans, mécanicien.

Antécédents : Malade opéré il y a 4 ans, pour ulcus gastrique : G.-E.

Après 2 ans de répit, reprise des douleurs, vomissements et il y a 1 mois, *hématémèse* avec *melæna* important.

INTERVENTION LE 8 JUILLET 1932.

Anesthésie : Rachi qui est un échec. Ether.

Adhérences épiploïques multiples. On arrive à dégager la région de la gastro-entérostomie. La palpation montre un bloc fibreux au niveau de la bouche, répondant probablement à un *ulcus peptique*.

On dégage, non sans difficulté, la bouche anastomotique qui est très haut située sur le jéjunum et ne peut être utilisée pour une nouvelle anastomose.

Reconstitution jéjunale.

Gastrectomie aux 2/3.

Anastomose type Finsterer.

Suites opératoires : Les suites sont troublées par une complication pulmonaire survenue 12 jours après l'intervention, et ayant duré environ 2 semaines.

Le malade sort 1 mois 1/2 après l'intervention, le 21 août 1932.

Revu le 19 novembre 1932 : Fonctionnement parfait de l'anastomose.

Poids 79 kg. 900 (à la sortie 68 kg. 300).

Observation IV

M. K... Louis, 54 ans, charpentier.

Antécédents : Malade opéré d'une perforation d'ulcère juxtapylorique en juin 1930.

Actuellement douleurs, amaigrissement de 13 kg. : énorme éventration car l'incision va de l'appendice xyphoïde au pubis.

A la radio, le transit paraît à peu près normal, mais l'estomac est douloureux dans la région duodénale.

INTERVENTION LE 22 MARS 1933.

Anesthésie.

On commence par réparer l'éventration dans sa partie basse (Jonard).

L'exploration de l'estomac montre *un ulcus duodénal juxta-pylorique en évolution* et une bouche de gastro-entérostomie postérieure transmésocolique paraissant le siège d'un *ulcus peptique*.

L'anse est heureusement assez longue, ce qui permet, après avoir libéré la bouche du mésocôlon transverse, de faire une gastrectomie typique à la Polya, en implantant la tranche gastrique dans la brèche jéjunale laissée par l'excision de l'ulcère peptique.

Fixation de l'estomac à la brèche.

Fermeture duodénale Mayo. Drain ondulé.

Paroi aux crins perdus.

Pièce : Ulcus duodénal juxta-pylorique en évolution ; ulcération de la face antérieure de 2 cm. de long et de 3 mm. de large.

La bouche de gastro ne présente plus qu'un diamètre de 1 cm. 1/2 : petit ulcère juxta-anastomotique du jéjunum de 1 cm. de diamètre environ.

Suites opératoires : Reste avec de la fièvre aux environs de 38° pendant 1 mois 1/2.

Sort guéri le 22 mai 1933.

Observation V

M. C... André, 33 ans.

Antécédents : A été opéré dans le Service, il y a 7 ans (septembre 1926) pour ulcère duodénal : gastro-entérostomie.

Recommence à souffrir depuis 3 mois.

Plusieurs séries graphiques n'ont pas montré d'ulcère peptique.

INTERVENTION LE 3 MAI 1933.

Anesthésie locale + éther.

Excision de la cicatrice. On dégage la bouche de G.-E. qui ne présente apparemment rien d'anormal.

Section de la bouche au ras du grêle.

Gastrectomie de droite à gauche aux 2/3.

Fermeture duodénale Mayo.

Polya total sur la brèche jéjunale.

Paroi aux crins.

Suites opératoires : Le 18 juin, jour de la sortie, examen radiologique : fonctionnement normal de la bouche.

Revu le 7 octobre 1933 : Fonctionnement radiologique normal.

Observation VI (1).

M. V... Pierre, 29 ans, chaudronnier.

Antécédents : Malade opéré pour une perforation d'ulcus duodénal (suture suivie de gastro-entérostomie).

Reprise des douleurs. A la radioscopie la bouche ne fonctionne pas.

INTERVENTION LE 22 NOVEMBRE 1933 :

Anesthésie : régionale + chloroforme.

Excision de la cicatrice cutanée. Adhérences assez lâches sauf entre le duodénum et le foie ; ulcus peptique très net siégeant sur la face antérieure de l'anse jéjunale en marge de l'anastomose. On commence par libérer le mésocôlon transverse ; l'anse jéjunale est assez courte et on la coupe transversalement alors qu'on croyait ne couper que le bord de l'anse intestinale. Suture bout à bout du jéjunum à points séparés.

Gastrectomie aux 2/3 par hémisection.

Fermeture du duodénum technique Mayo.

Anastomose type Polya, points séparés.

Drain ondulé. Fermeture paroi noirtgut.

Durée 1 h. 1/2.

Examen de la pièce : Ulcère peptique. Lésions de gastrite diffuse.

Suites opératoires : Décédé le 25 novembre (dyspnée — agitation extrême — pas d'hémorragie externe).

Autopsie : grosse hémorragie intrapéritonéale.

Observation VII (2)

M. S..., 48 ans.

Antécédents : Malade opéré il y a 4 ans de G. E. pour ulcère duodénal.

Actuellement sténose pylorique + sténose de la bouche de G. E.

INTERVENTION LE 5 SEPTEMBRE 1934.

Anesthésie : Locale + Balso.

Adhérences assez lâches ; reconstitution de l'anatomie de la région.

1. In thèse Masson, Paris 1934. *Gastrectomie par hémisection.*

2. In Thèse Masson.

La G. E. a un orifice de 1 cm. Du côté du duodénum, ulcus calleux. On sépare le jéjunum de l'estomac, la bouche élargie servira pour l'anastomose gastrique.

Hémisection gastrique.

La première portion du duodénum présente, en arrière, un ulcère perforé bouché par le pancréas. Section en plein ulcère. Fermeture à points séparés de la muqueuse saine + 3 plans de couvertures.

Anastomose Polya à points séparés au fil de lin.

Drain ondulé. Paroi aux lins perdus.

Durée 1 h. 1/2.

Suites opératoires, parfaites.

Revu le 5 novembre : A engraisé de 10 kg.

Observation VIII

M. G... Isaac, 48 ans, chauffeur de taxi.

Antécédents : Malade opéré il y a 12 ans, de G. E.

Diagnostic : Ulcus peptique.

INTERVENTION LE 3 AVRIL 1935.

Anesthésie : Rachi à la percaïne excellente.

Excision de la cicatrice cutanée et musculaire.

Adhérences multiples qui sont libérées progressivement. Il s'agit d'un ulcus peptique qui porte sur le jéjunum.

On commence par libérer complètement l'estomac du côlon transverse en désinsérant l'épiploon de son insertion colique.

L'artère colique droite est repérée et isolée, l'artère colique gauche par contre paraît noyée dans les adhérences.

Libération du duodénum qui présente encore sur sa face antérieure des cicatrices stellaires caractéristiques.

Section duodénale, fermeture Mayo.

On relève l'estomac de droite à gauche. Ligature de la coronaire.

La bouche de G. E. étant libérée au maximum, mais étant encore adhérente au côlon transverse, on ouvre l'estomac pour réséquer le minimum de jéjunum.

Il reste encore 6 cm. de jéjunum libre au-dessus de l'anastomose ; la bouche est très large, mais l'ulcus, vu par la face interne, est petit, lenticulaire.

Réséction économique sur la bouche jéjunale, mais malgré cette parcimonie, il est impossible de l'utiliser pour l'anastomose gastro-jéjunale. Résection franche du jéjunum et suture bout à bout.

Gastrectomie aux 2/3. Finsterer classique.

Paroi lins perdus ; lame de caoutchouc.

Durée 2 h.

Suites post-opératoires : Le 25 mai 1935, l'examen radiologique montre un estomac dilaté et atone, un passage difficile au niveau de la bouche.

Observation IX

M. L..., Raymond, 44 ans, mécanicien.

Antécédents : Malade ayant déjà subi 2 interventions :

1° En 1925, gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, pour ulcère de l'estomac (G. E. placée très à gauche, ayant donné naissance à un bas-fond qui ne se vidait pas) ;

2° En 1930, nouvelle intervention : Dégastro-anastomose, dissection et excision d'un ulcère peptique de la bouche, nouvelle G. E. placée à droite de la précédente.

Le malade continue à souffrir. A la radio, bouche de G. E. douloureuse, pas d'image caractéristique d'ulcère peptique.

Numération globulaire : G. R. : 5.040.000 ; G. B. : 5.600.

INTERVENTION LE 28 JUIN 1935.

Rachi à la percaïne excellente.

Excision de la cicatrice. On refait assez péniblement l'anatomie de la région. Un petit ulcère peptique entouré d'une large zone d'induration est palpable sur la lèvre antérieure de l'anastomose.

Hémisection gastrique au-dessous de l'anastomose ; la bouche de gastro-entérostomie est explorée par voie intra-gastrique : petit ulcus lenticulaire sur la lèvre gastrique de l'anastomose. Il reste des fils non résorbés dans l'anastomose (points séparés).

Résection au ras de l'intestin grêle.

Résection de l'estomac aux 2/3.

On se sert de la brèche jéjunale pour refaire un Polya typique.

Paroi Fandre.

Durée de l'opération 1 h. 10.

Suites post-opératoires : Complication pulmonaire légère.

Sort en bon état, le 27 juillet 1935.

Malade revu de nombreuses fois : Le 16 octobre 1937, bon état général, pas de troubles.

A l'examen radiologique : Effet de surprise, image en fourche qui fait penser qu'il y a un léger reflux dans l'anse afférente.

Hauteur de l'estomac 13 cm., contours gastriques irréguliers.

A la graphie on note *le reflux dans l'anse afférente* qui dessine une courbe à concavité supérieure se dirigeant vers la droite et en haut.

Observation X

Mme A.... 60 ans.

Antécédents : Malade opérée en 1931 de G. E. pour ulcus duodénal. A fait, depuis, 5 hématomèses et des crises douloureuses extrêmement fréquentes. Dernière hématomèse le 10 août 1936 ; depuis, alimentation impossible. On décide l'intervention malgré l'état général assez précaire et des poussées thermiques intermittentes.

INTERVENTION LE 9 OCTOBRE 1936.

Anesthésie : Locale parfaite.

Il existe deux lésions : un ulcère peptique de la bouche et un ulcère térébrant de la face postérieure du premier duodénum ; le mésocôlon est très infiltré, présente par place 1 cm. d'épaisseur.

On pénètre dans l'arrière cavité des épiploons et ont fait une *hémisection* pour traiter séparément estomac et duodénum.

a) *Du côté gastro-jéjunal* :

Inspection de la bouche par l'intérieur de l'estomac ; cette bouche est réduite à un orifice cartonné de 3 cm. de diamètre.

Dégastro-entérostomisation, sans toucher aux tissus indurés du mésocôlon.

Le jéjunum n'est malade que sur son bord libre, un pont mésentérique est conservé ; réfection jéjunale par suture perpendiculaire à points séparés.

b) *Du côté duodénal* :

L'ulcus antérieur est cicatrisé, mais le postérieur forme une cavité de 2 cm. sur 2 cm. dans le pancréas. De l'étoffe est ménagée sur la paroi antérieure, la paroi postérieure est sectionnée au ras de l'ulcus dont le fond est abandonné et le duodénum est bien isolé sur une hauteur de 2 cm.

Fermeture par points inversants ; 2^e plan à points séparés et épiplooplastie. Paroi Fandre. Durée 2 h.

Suites opératoires : Extraordinairement simples.

Revu en janvier 1938 : Parfait état.

Observation XI

M. B... Maxime, 30 ans, receveur d'autobus.

Antécédents : Malade opéré en 1933, pour perforation d'ulcus de la paroi antérieure de l'antré ; quelques mois après, gastro-entérostomie.

Recommence à présenter des troubles en 1936 : pesanteurs, digestions difficiles, nausées, amaigrissement de 3 kgr.

A la radio : passage par l'anastomose et par le pylore ; point douloureux précis à la palpation de l'anastomose.

INTERVENTION LE 28 OCTOBRE 1936.

Anesthésie locale mauvaise : Balsoforme pendant presque toute la durée de l'opération.

La bouche est très large, le jéjunum distendu. A la palpation, pas trace d'ulcère peptique, mais périoduodénite extrêmement marquée avec rétrécissement juxta-pylorique. On commence par libérer la bouche du mésocolon ; ouverture de l'arrière-cavité à son extrémité gauche ; on arrive à faire passer l'anse grêle dans l'étage sus-mésocolique. Pour pouvoir libérer le duodénum, *hémisection gastrique* à droite de la bouche ; ablation du segment duodéno-pylorique ; fermeture duodénum par un plan total et un plan séro-séreux en bourse (car l'écraseur de Pauchet avait dérapé).

Dégastro-entérostomisation : *On trouve à ce moment un fil de lin*, long de 2 cm., noué en son milieu.

La brèche jéjunale est à 10 cm. environ de l'angle duodéno-jéjunal, elle est utilisable, il n'y a pas d'inflammation de la muqueuse.

Résection aux 2/3 : Polya utilisant l'ancienne bouche ; suspension de l'anse trop longue.

Lame de caoutchouc. Paroi Fandre. Durée : 1 h. 50 ; anastomose : 19'.

Pièce : Lésions d'antrite, muqueuse tomenteuse. Au niveau de la bouche, le versant gastrique est épaissi, induré, avec exagération des plis et rougeur en certains points. Sur la face antérieure de la région juxta-pylorique se voit une zone épaissie, cicatricielle, recouverte par un peloton épiploïque et qui répond vraisemblablement à la cicatrice de l'ulcère primitif.

Examen histologique (D^r Moutier) : Outre une gastrite atrophique antrale banale et ancienne, les lésions retrouvées sur toutes les coupes sont d'évolution atrophique, qu'en l'absence d'autre cause visible, on doit vraisemblablement rattacher à des troubles trophiques d'origine vasculaire ou nerveuse.

Suites opératoires : Sort guéri le 10 novembre 1936.

Revu le 24 avril 1938 : Très bon état général, a repris 7 kgr. depuis sa sortie.

Examen radiologique : Estomac de 10 cm., s'évacuant très rapidement, puis évacuation rythmée ensuite. Bords réguliers, souples, très mobiles ; mouvements péristaltiques ; pas de reflux ; anse afférente normale, non dilatée.

Observation XII

M. J..., Baptiste, 52 ans.

Antécédents : G. E. faite il y a deux ans pour ulcère duodéal (grosses hémorragies). Gastrectomie impossible à cause des adhérences et de l'état général.

Diagnostic : Ulcère peptique.

INTERVENTION LE 5 DÉCEMBRE 1936 :

Anesthésie locale + *Baléo*, car douleurs très vives.

Il s'agit d'un gros ulcus peptique sur le jéjunum :

1° Libération de la gastro en respectant l'arcade colique ;

2° Section de la bouche ;

3° Exploration de l'ulcus qui siège en face de la bouche, sur le jéjunum, au niveau du bord mésentérique : 3 cm. de diamètre, 1 cm. de profondeur, gros ganglions mésentériques. La résection ne peut être évitée ;

4° Résection de 5 cm. de grêle ; anastomose termino-terminale à points séparés ;

5° Gastrectomie de droite à gauche (duodénum libre) ; fermeture duodénum Mayo, points séparés ; Polya ;

6° Lame caoutchouc. Paroi Fandre ; 500 gr. sérum intraveineux pendant l'opération ; transfusion 250 gr. une heure après.

Pièce : Ulcus duodéal cicatrisé ; ulcus peptique typique.

Suites opératoires : Parfaites.

Observation XIII

M. L..., 33 ans, charpentier.

Antécédents : Malade ayant subi une G. E. pour ulcère duodéal en juillet 1935. Réapparition des troubles 2 mois après. A la radio, bouche de G. E. assez peu nette ; il passe un peu de baryte dans le duodénum.

Urée 0,40. Numération globulaire : G. R. : 4.060.000 ; G. B. : 4.000.
INTERVENTION LE 13 JANVIER 1937.

Anesthésie locale parfaite, blocage des mésentériques satisfaisant.

Trace d'ulcus sur la face antérieure du bulbe. La bouche de G. E. est correctement placée. Vésicule biliaire saine.

On commence par libérer l'anastomose du mésocolon transverse. Après ouverture de l'arrière cavité, on amène le jéjunum dans l'étage sus-mésocolique.

Libération très difficile du duodénum. *Hémisection* gastrique en aval de l'anastomose ; ablation du segment duodéno-pylorique ; écrasement sur l'ulcus, fermeture Mayo.

Section du jéjunum au ras de la bouche ; mais celle-ci a été faite très près du bord mésentérique, aussi l'ouverture jéjunale ne peut être utilisée pour le Polya ; reconstitution du jéjunum par suture transversale à points séparés inversants.

Résection typique aux 2/3, Polya.

Paroi Fandre.

Durée 1 h. 50.

Pièce : La bouche de G.-E. a un diamètre de 2 cm. 1/2 ; il n'y a pas d'ulcère peptique.

Suites opératoires : Sort de l'hôpital 3 semaines après l'intervention le 7 février 1937.

Observation XIV

M. A... François, 29 ans, chauffeur.

Antécédents : Opéré en 1931, de G.-E. pour ulcère duodénal.

Après une amélioration nette, reprise des troubles douloureux, amaigrissement.

Entre dans le Service, en décembre 1936, pour hématomèse et melæna très abondant.

Anémie à 3.200.000 G. R., taux hémoglobine : 55 %. On pratique trois transfusions pré-opératoires.

A l'examen radiologique, passage baryté par la bouche de G. E. et par le pylore ; à la graphie : bulbe duodénal irrégulier, tache fixe en regard de l'anastomose.

INTERVENTION LE 5 MARS 1937.

Anesthésie locale complétée pendant 1/2 heure par quelques bouffées de balsaforme (blocage insuffisant du X).

Pas d'adhérences. Dans la région sous-mésocolique existe une zone juxta-anastomotique, mais franchement jéjunale, qui est rouge, rétrac-

tée, un peu indurée ; épaississement assez marqué de la brèche mésocolique.

La bouche est à 12 cm. du pylore.

Désinsertion colique du grand épiploon.

Hémisection gastrique entre la bouche et le duodénum. Ablation du segment pyloro-duodénal. Fermeture Mayo.

Libération du segment cardiaque.

Ouverture de l'estomac pour explorer l'ulcus peptique. La bouche est dégagée du mésocôlon transverse et reséquée au plus près sur le jéjunum. Cette résection laisse sur le jéjunum une brèche de 7 à 8 cm. On ferme la partie supérieure de cette brèche par des points inversants ; la partie inférieure est alors anastomosée à l'estomac reséqué aux 2/3 (Polya).

Lame ondulée. Paroi Fandre.

Durée 2 h. 10. Anastomose 30'.

Pièce : Ulcus lenticulaire sur le versant antérieur et inférieur de la bouche, franchement jéjunal, à 3 mm. de la ligne de suture.

Suites opératoires : Sorti de l'Hôpital 3 semaines après l'intervention le 25 mars 1937.

Revu le 6 octobre 1937 : Poids stationnaire ; paroi solide ; bon fonctionnement radiologique : 10 cm. ; état très satisfaisant. A repris un dur métier (chauffeur de camion).

Observation XV

M. A... Alfred, 44 ans, ajusteur.

Antécédents : G.-E. faite en 1926 pour périoduodénite ; continue à souffrir ; depuis août dernier, vomissements.

Examen radiologique : passage de la baryte par la bouche et par le duodénum ; pas d'image d'ulcus peptique.

Urée 0,45, numération globulaire : G. R. : 4.100.000 ; G. B. : 4.060.

INTERVENTION LE 16 MARS 1937.

Anesthésie locale très médiocre, complétée pendant 1/4 d'heure par anesthésie générale médiocre.

Cicatrice franche d'ulcus sur la face antérieure du bulbe ; pas d'ulcus peptique à la palpation.

Dégagement difficile de la bouche du mésocôlon transverse, les sutures sont très près du bord mésentérique sur le jéjunum et il sera impossible d'utiliser l'anse : résection franche et suture bout à bout (l'anse était assez longue, 10 cm. environ).

Gastrectomie de droite à gauche ; fermeture duodénum Mayo ; Polya (résection aux 2/3).

Durée totale, 2 h. 7.

Pièce : Bouche de 5 cm. située à 12 cm. du pylore, aucune trace d'inflammation, macroscopiquement pas de gastrite.

Suites opératoires : Vomissements bilieux, abondants dans les premiers jours, très peu sanglants, qui cèdent aux lavages d'estomac.

La température se maintient entre 39° et 40°, sans signes pulmonaires.

Collapsus cardiaque progressif sans qu'on puisse déterminer la cause du décès.

Vérification immédiate, pas de sang, sutures intactes.

Observation XVI

M. R... Antoine, 26 ans.

Antécédents : Opéré il y a 22 mois, à Bordeaux, pour ulcus duodénal avec périoduodénite, stase duodénale et appendicite chronique.

A subi une G.-E. avec exclusion du pylore ; une duodéno-jéjunostomie sur l'anse efférente ; une appendicectomie.

Après quelques mois de calme, apparition presque quotidienne de vomissements.

L'examen radiologique montre que les aliments passent surtout par la bouche, accessoirement par le pylore.

Réaction de Meyer positive dans les selles.

Numération globulaire : G. R. : 4.000.000 ; G. B. : 5.000.

INTERVENTION LE 27 OCTOBRE 1937.

Anesthésie locale assez bonne, infiltration du X incomplète.

Adhérences épiploïques multiples qu'il faut dégager lentement et qui sont limitées à l'étage sus-mésocolique, vésicule biliaire normale.

Par voie sous-mésocolique on découvre les deux anastomoses qui semblent parfaites et sans aucune réaction péritonitique. On dégage facilement la bouche gastrique ; on décide de laisser la duodéno-jéjunostomie.

Désinsertion du ligament gastro-colique ; au niveau du duodénum, adhérences qui font prévoir une libération difficile.

Hémisection gastrique à droite de la bouche, libération du duodénum qui ne présente pas de trace d'ulcère en évolution ; ablation du segment duodéno-pylorique ; fermeture Mayo.

Libération complète de la bouche par voie sus-mésocolique. La bouche

a été faite exactement sur le bord libre du grêle ce qui permet d'utiliser la brèche pour l'anastomose à la Polya.

Résection de 2/3 d'estomac.

Paroi Fandre, lame de caoutchouc.

Pièces : Exclusion pylorique par un crin de Florence modérément serré : le crin n'a pas pénétré dans la lumière ; orifice pylorique de 5 mm. de diamètre.

Aucune lésion de la muqueuse gastrique, bouche souple.

Suites post-opératoires : Température à 39°, 39°5 pendant 4 jours.

Sort de l'hôpital, 3 semaines après l'intervention le 22 novembre 1937.

Observation XVII

M. S... Jean, 42 ans, employé.

Antécédents : Opéré le 8 janvier 1936 dans le Service pour ulcère du duodénum.

On avait dû se contenter d'une G. E. à cause du blocage complet de l'étage sous-mésocolique.

Entre en novembre 1937 pour hématurie abondante nécessitant une transfusion de 400 cm³.

Numération globulaire : G. R. : 3.045.000 ; G. B. : 4.500.

INTERVENTION LE 1^{er} DÉCEMBRE 1937.

Anesthésie locale très suffisante, l'opéré n'a eu que quelques minutes d'anesthésie générale.

On essaie péniblement de refaire l'anatomie de la région sus-mésocolique ; on arrive à refaire l'arrière-cavité presque complètement, mais on est bloqué à l'extrémité gauche de l'anastomose qui présente un ulcère peptique situé près de l'angle duodéno-jéjunal ; cet ulcère est ouvert à ce moment.

Hémisection à droite de la bouche.

Libération difficile du duodénum qui présente un ulcère perforé bouché de la face postérieure du bulbe ; on laisse le fond de l'ulcère (1 cm. de diamètre), et on dégage suffisamment le duodénum pour fermer correctement : un plan de points inversants, points séro-séreux complémentaires. Epiplooplastie.

Libération du segment gauche de l'estomac, l'anastomose est coupée au ras, ligature de la coronaire.

De très grosses difficultés siègent sur la première anse jéjunale : on arrive à libérer le segment proximal en décollant l'angle duodéno-jéjunal, mais il est impossible de libérer une longueur suffisante de

cette anse pour pouvoir l'anastomoser à l'estomac. La libération a déchiré partiellement le mésentère, la brèche mal vascularisée est inutilisable : résection, anastomose termino-terminale. En désespoir de cause, on anastomose la première anse libre sous-jacente à l'estomac.

Pas de fermeture de la brèche car toutes les anses sont collées, et l'on craint de blesser les vaisseaux coliques.

Paroi Fandre + quelques fils de lin.

Lame de caoutchouc.

Durée 3 h. 1/4 ; durée de l'anastomose à points séparés 25'.

Suites opératoires : Le malade sort de l'hôpital le 14 janvier 1938.

Observation XVIII

M. B... Frédéric, 42 ans, chauffeur.

Antécédents : Opéré en novembre 1936 pour ulcus duodéal : Gastrectomie large aux 2/3.

A recommencé à souffrir trois semaines après la sortie du Service et a présenté deux poussées d'ictère, douleurs très vives, amaigrissement.

Numération globulaire : G. R. : 4.100.000 ; G. B. : 8.000.

INTERVENTION LE 19 JANVIER 1938.

Anesthésie locale, blocage des mésentériques : excellente.

Médiane avec ablation de la cicatrice. On refait très péniblement l'anatomie de la région, l'épiploon est bloqué du côté de la coupole diaphragmatique et sur le foie.

La bouche forme un bloc du volume d'une grosse mandarine ; le mésocôlon est très rétracté et le bord mésentérique du côlon fait bloc avec la tumeur. Vérification du moignon duodéal qui est normal.

Il est impossible d'enlever en bloc la lésion sans léser les vaisseaux coliques.

Libération du grêle et de l'estomac par voie sus et sous-mésocolique.

L'exploration intragastrique montre deux ulcères : l'un sur le versant gastrique, l'autre sur le versant jéjunal.

Le fond de ces ulcères qui ont 2 cm. de diamètre semble formé par le mésocôlon ; pas de communication avec le côlon.

Résection de l'anse jéjunale malade, large sur le bout efférent, économique sur le bout afférent, anastomose termino-terminale à points séparés (l'anse efférente dilatée est presque le double de l'afférente).

Résection de l'épiploon.

L'estomac est clampé et sectionné à 2 cm. au-dessus de l'ancienne anastomose, en tissus qui paraissent sains.

Ablation de la muqueuse gastrique et jéjunale laissée au contact des ulcères et dans la brèche ; le tissu scléreux et les ulcères eux-mêmes sont abandonnés ; fermeture de la brèche par quelques points.

Ne pouvant pas passer à gauche de la brèche, on est obligé de pratiquer une anastomose antérieure précolique : Polya à anse assez courte, retournée, car la section gastrique est horizontale et même légèrement oblique vers le bas et la droite ; anastomose en deux plans bord à bord ; pas de jéjuno-jéjunostomie.

Drainage sus-mésocolique par lame de caoutchouc.

Paroi Fandre.

Durée 2 h. 35.

Suites opératoires : Est sorti de l'hôpital le 8 février 1938.

Revu ultérieurement : Est en bon état, a repris 800 gr. depuis sa sortie, digestions excellentes.

Examen radiologique : Evacuation se fait en trombe ; vu la petite quantité de liquide, l'estomac se remplit mal ; ensemble du moignon gastrique très petit, à gauche de la ligne médiane. Pas de reflux dans l'anse afférente, légère dilatation de l'anse efférente, les premières anses grêles paraissent normales.

Observation XIX

M. H..., Charles, 57 ans, cantonnier.

Antécédents : Opéré en 1925 pour ulcus duodéal : G. E.

Depuis 1934, réapparition des douleurs qui sont devenues extrêmement intenses ces derniers mois : vomissements, amaigrissement de 10 kg. en 3 mois, melena intermittent.

A l'examen radiologique : liquide de stase très abondant ; il semble qu'il y ait une biloculation gastrique ; passage de la baryte à la fois par le pylore et par la bouche.

INTERVENTION LE 18 MAI 1938.

Anesthésie locale très bonne ; très peu d'adhérences.

L'exploration montre :

1° *Un gros rétrécissement cicatriciel du bulbe, à 3 cm. du pylore ;*

2° *Un ulcus peptique qui siège sur le jéjunum près du bord libre, à 1 cm. de la bouche. Cet ulcus est au contact du bord adhérent du colon transverse. Il n'y a pas de fistule jéjuno-colique, mais le mésocôlon est*

rétracté, et on prévoit deux difficultés : une du côté duodénal, l'autre du côté des vaisseaux mésocoliques.

Après décollement colo-épiploïque, ici aisé, l'estomac est ouvert et vidé, et la bouche est explorée ; elle est très large et on ne peut la dégager sans risques pour les vaisseaux coliques ni par voie haute, ni par voie basse. On essaie de faire une hémisection entre la bouche et le pylore, *mais on ne peut pas passer sans risques pour l'artère colique droite*. On fait une *hémisection à gauche de la bouche*, on resèque celle-ci au ras de l'estomac et on bascule vers la droite tout le segment duodénal de l'estomac.

Par voie sous-mésocolique, on arrive à dégager le segment jéjunal de la bouche, mais en coupant au ras des lésions et en reséquant ensuite des lambeaux de muqueuse qui sont restés adhérents à la brèche, pour éviter l'artère.

La bouche a été faite assez à gauche et avec une anse relativement longue ; grosse dilatation en amont de la bouche sur le jéjunum et le 4^e duodénum. Résection franche du jéjunum et suture termino-terminale à points séparés, facilement réalisée, malgré une incongruence d'un tiers et une situation profonde. Le côlon est en bon état, la brèche mésocolique est utilisable.

Ablation du segment pylorique ; on arrive sur le point rétréci du duodénum (1 cm. de diamètre) une ligature au lin à ce niveau et enfouissement par des points séparés prenant duodénum d'une part, péritoine pancréatique très épaissi et sclérosé d'autre part.

Epiplooplastie.

On termine par un Polya transmésocolique à points séparés, après résection aux 2/3.

Durée 3 h. 1/2.

Suites opératoires : Toux et expectoration banales.

Température pendant deux jours avec maximum à 38°9.

Observation XX

M. T... Maurice, 63 ans, comptable.

Antécédents : Opéré en janvier 1935 pour ulcus duodénal : G.-E.

A recommencé à souffrir après 18 mois de répit.

En avril 1938, grosse hématurie de sang rouge, nécessitant deux transfusions préopératoires de 200 gr. chacune.

Numération globulaire : G. R. 3.400.000 ; G. B. 5.400.

INTERVENTION LE 27 MAI 1938 (D^r Mouchet).

Anesthésie locale : très bonne.

Médiane sus-ombilicale : libération d'adhérences épiploïques. Infiltration du péritoine et des mésos. Blocage du X aussi haut que possible sur la petite courbure.

Exploration :

1^o *Très gros ulcère peptique* formant une masse pseudo-tumorale du volume d'une mandarine et infiltrant le mésocôlon. L'anse anastomotique est envahie par le processus inflammatoire, la bouche siège à 25 cm. environ de l'angle duodéno-jéjunal.

2^o *Ulcère duodéal*, cicatrice sur la face antérieure du bulbe, ganglion sur le bord supérieur du pylore.

On commence par libérer le foie qui adhère à la petite courbure, puis travaillant dans l'étage sous-mésocolique on libère prudemment l'anse grêle anastomotique.

Hémisection de l'estomac en amont de l'anastomose ; malgré cela, la libération est très difficile et se reportant en aval sur la région pylorique, on sectionne à nouveau l'estomac.

Libération du pylore : On voit qu'il existe un gros ulcère duodéal postérieur et on se résout à faire une exclusion : section en plein pylore fermeture Mayo, double enfouissement à points séparés.

On travaille alors à la libération de l'ulcère peptique. On libère en arrière et lorsqu'on est parvenu à bien libérer, on passe dans l'étage sous-mésocolique et on sectionne franchement la grêle, en conservant un pont de tissu le long du mésentère ; l'anse est reconstituée par suture perpendiculaire à l'axe.

Ensuite, section gastrique. La muqueuse du trajet intermédiaire laissé sur place est coagulée à la boule diathermique, suture des bords de la brèche.

A travers une nouvelle brèche pratiquée dans le mésocôlon à gauche de la brèche primitive, on attire l'anse grêle que l'on anastomose en aval de la suture. Anastomose Polya, après section gastrique aux 2/3.

Une lame de caoutchouc dans l'étage sus-mésocolique.

Paroi : Catgut Fandre.

Crins sur la peau.

Suites opératoires : Quelques phénomènes pulmonaires banaux et passagers.

Bon état général, a pris du poids rapidement.

Revu récemment : Très bon état.

Fonctionnement radiologique excellent.

Observation XXI

Mme G... Emilienne, 30 ans.

Antécédents : A été opérée quatre fois. En 1930, appendicectomie ; en 1931, cholécystostomie (calcul ?) ; en 1933, G.-E. pour ulcus duodénal ; en 1935, libération d'adhérences.

Continue à souffrir et à avoir des hémorragies intestinales. G. R. 4.800.000 ; Leucocytes 4.900 ; Hémoglobine 80 %.

INTERVENTION LE 5 OCTOBRE 1938.

Anesthésie locale très bonne.

Excision de la cicatrice. L'étage sus-ombilical est entièrement bloqué et on doit reconstituer péniblement l'anatomie de la région. Toute la région antro-pylorique est bloquée par le foie.

On arrive à dégager la bouche de G.-E. qui est large et souple, isopéristaltique, anse 1/2 longue.

Hésitation entre gastrectomie et simple suppression de la bouche. On se décide pour la gastrectomie. La bouche jéjunale paraît utilisable pour la nouvelle anastomose ; essai de diminution de longueur qui rétrécit trop, on doit se résoudre à réséquer.

Hémisection gastrique à droite de la bouche qui facilite le dégagement d'un duodénum adhérent. Fermeture Mayo, 3 plans.

Gastrectomie aux 2/3 (Polya).

Paroi Fandre.

Transfusion 300 gr., sérum 500 cm³.

Suites opératoires : Simples.

CONCLUSIONS

Lorsqu'un gastro-entérostomisé « ne va pas », comme disait Pauchet, il a bien des chances de présenter un ulcère peptique ; mais s'agit-il seulement de reviviscence de l'ulcère primitif, ou plus simplement de gastro-jéjunite, de stomite, de sténose de la bouche, que la gastrectomie large qui s'impose dans le premier cas, reste encore le traitement de choix dans les autres.

I. — *Comme ces gastrectomies secondaires représentent, très souvent, une intervention considérable, il faut en limiter les risques.*

C'est dire qu'il conviendra :

1° *D'écarter les malades à état général insuffisant, et de ne pas, témérairement, entreprendre la cure de lésions trop complexes.* La jéjunostomie, remarquable palliatif, qu'on sait maintenant bien exécuter, doit être réservée à ces cas ; elle peut permettre ultérieurement une intervention radicale ;

2° *D'opérer en temps opportun, en dehors de toute poussée ulcéreuse, pour écarter, dans la mesure du possible, le facteur inflammatoire concomitant, intense, diffus, dont la réaction au traumatisme considérable d'une gastrectomie, peut favoriser la récurrence ulcéreuse ;*

3^o *D'intervenir à l'anesthésie loco-régionale.*

La complexité, la difficulté, la longueur des manœuvres opératoires, sont des plaidoyers impérieux pour l'usage de l'anesthésie locale qui, contrairement à ce qu'on a pu dire, est presque toujours réalisable.

Le temps d'infiltration cardiaque, qui sectionne physiologiquement le vague, nous semble le plus sûr garant de la prévention des complications pulmonaires.

II. — *Les temps de libération et d'exérèse présentent des difficultés et des dangers inégaux. Il convient donc d'adapter, à chaque cas, une technique qui offre un maximum d'aisance et de sécurité.*

1^o *Dans les cas banals, faciles, où il y a peu d'adhérences et pas d'infiltration du mésocôlon, on peut attaquer la région de la bouche ; la libération par voie sus et sous-mésocolique est aisée et après une très simple dégastro-anastomose, on est ramené rapidement aux conditions d'une gastrectomie banale.*

2^o *Quand, concurremment à un ulcère peptique, évolue une lésion duodénale profonde, adhérente, postérieure, il sera judicieux d'exécuter une hémisection gastrique entre les deux obstacles. Cette manœuvre, en ouvrant largement l'espace postérieur, fournit le meilleur accès possible sur chacune des lésions et illustre ainsi, à merveille, la règle chirurgicale générale des cas malaisés qui conseille de procéder du simple au complexe.*

L'hémisection s'applique donc idéalement au cas d'obstacle double, mais on peut l'employer aussi, avec profit, lorsqu'il faut libérer une symphyse serrée de l'arrière-cavité, ou encore une seule lésion postérieure importante, duodénale ou anastomotique. Si l'hémisection n'est pas réalisable au-dessous de la bouche, en raison d'un blocage trop complet, *pratiquée en amont*, elle peut permettre d'amorcer et de poursuivre correctement le clivage postérieur.

3^o *Lorsqu'existent une très grosse infiltration mésocolique, des adhérences de l'ulcère au côlon, la libération de l'anneau risque de blesser les vaisseaux et d'ischémier un segment colique, soit par lésion de la colique moyenne, si n'existent pas de coliques accessoires, soit par lésion de l'arcade de Riolan, si l'atteinte a porté en plusieurs points. La seule façon de parer à ce danger et à la blessure du côlon, avec un maximum de sécurité, est d'abandonner le trajet intermédiaire anastomotique, après section sus et sous-mésocolique transversale des régions adjacentes d'estomac et de grêle.*

La muqueuse, seule, sera ébarbée et électrocoagulée, et la région drainée.

III. — *Le traitement de l'anse jéjunale peut être, suivant les circonstances, conservateur ou radical.*

Le sacrifice systématique de l'anse anastomotique nous semble excessif. Pour simplifier les choses et diminuer les risques nous essayons, dans la mesure du possible, d'être conservateur.

La ligne de conduite sera précisée par la section haute de l'anastomose en territoire gastrique (pour ménager sûrement une étoffe suffisante). Cette gastrotomie peut seule, dans certains cas, montrer l'absence ou la présence de lésions ainsi que leur nature, les limites exactes d'un ulcère peptique, l'importance et l'étendue des réactions inflammatoires associées, partant, la possibilité ou non d'une recoupe conservatrice.

1^o *Dans des cas particulièrement favorables, l'absence de lésion au niveau de la bouche, ou bien la situation anastomotique ou juxta-anastomotique d'un petit ulcère peptique sans grosse réaction jéjunale de voisinage, permettront de conserver suffisamment d'étoffe pour pouvoir, sans crainte, se servir de l'orifice pour l'implantation gastro-jéjunale ;*

2^o *Ailleurs, la perte de substance est plus considérable,*

mais permettra encore, grâce à la conservation d'un pont de tissu suffisant dans la région mésentérique, de fermer perpendiculairement la brèche et de respecter ainsi la continuité du grêle ;

3^o *Quand le sacrifice du segment jéjunal est indispensable, on pratiquera l'anastomose termino-terminale à l'aide de points séparés, qui pallient admirablement aux deux obstacles capitaux qui peuvent se présenter : incongruence diamétrale importante, profondeur à laquelle il faut travailler. En outre, la qualité de la bouche, qui reste souple, est infiniment supérieure à celle que procure les surjets.*

IV. — *Le rétablissement de la continuité gastro-jéjunale, après exérèse très large poussée, si possible, aux trois quarts, doit être soumis à certaines règles majeures.*

1^o *Il faut s'attacher à réaliser une anastomose qui crée les meilleures conditions physiologiques : le Polya ou le Finsterer en sont les types reconnus et sont toujours exécutables ;*

2^o *L'anastomose doit être transmésocolique, soit en utilisant l'orifice précédent, soit, si le méso est infiltré et de toute nécessité si on a abandonné un trajet intermédiaire, en créant une nouvelle brèche à gauche de la précédente. Parfois, l'infiltration et la rétraction seront telles qu'on sera contraint de réaliser une anastomose précolique ; il faut alors, dans la mesure du possible, s'abstenir de dérivation jéjuno-jéjunale qui créerait les conditions anti-physiologiques de l'Y, et, dans ce but, l'usage de l'anse la plus courte possible, l'amarrage du côlon à l'estomac, sont des points importants ;*

3^o *Certains détails d'exécution, dans la confection de la nouvelle anastomose, sont de grande importance :*

— Supprimer les traumatismes inutiles, bannir autant que possible l'usage de pinces et surtout de clamps ;

— Faire une hémostase scrupuleuse des tranches de section;

— Ne jamais employer de surjets non résorbables.

4^o *L'emploi unique de points séparés, pour faire l'anastomose, nous semble préférable.*

Vu : le Président de la thèse,

MOCQUOT.

Vu : le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

